

KISDI BARBARA¹

És „AMI AZÓTA TÖRTÉNT...”

A szüléskultúra változásai Magyarországon Losonczi Ágnes vizsgálatait követően

<https://doi.org/10.18030/socio.hu.2025.4.71>

ABSZTRAKT

Magyarországon Losonczi Ágnes volt az első, aki a társadalomtudományok területén a szülés minőségének kérdésével (is) foglalkozott, amely széles spektrumú munkásságában beágyazódott a szülés társadalmi meghatározóit és az egészségügy anomáliáit feltáró kutatási programjába. Felismerte, hogy a gyermek születésének körülményei között a szülészeti ellátás és a társadalmilag is beágyazott medikális szemlélet is vizsgálандó terület, ezért kutatásvezetőként is fontosnak tartotta ezt a területet is bevonni az elemzésbe. A 2009-ben megjelent *Az ember ideje* című kötetben Losonczi összegző módon írt a korábbi nagyívű kutatás óta eltelt időszakról (*Ami azóta történt...*), a szülészeti és a társadalmi környezet változásairól és ezek viszonyáról, utána azonban figyelme más területek felé fordult. Azóta is sok minden történt. Az alternatívnak tekintett módszerek lassan beszivárogtak a hivatalos ellátórendszerbe, ám a szemlélet lassan változik – mind az egészségügy, mind a társadalom esetében. Az elvi lehetőségek mögötti gyakorlati működés, illetve az egészségügyi szereplők és az anyák tapasztalata rendkívül összetett és ellentmondásos, amelynek hátterében kognitív konfliktusok húzódnak. Az elmúlt közel húsz évben kulturális antropológusként vizsgáltam a modern és posztmodern szüléskultúra viszonyát, a vitákat, az érintettek reakcióit, a változások társadalmi beágyazottságát. Egyetemi (szociológus) hallgatóim bevonásával több tematikus kutatási projekt keretében jártuk körül a szülési attitűdök, a szülésélmény, az otthonszülés, a dúláság, az apai értelmezések, a szülésznők helyzetének, illetve a 2021-es egészségügyi átalakítás tapasztalatainak témáját. A munka alapvetően kvalitatív módszerekkel zajlott, zajlik (mélyinterjú tematikus elemzéssel, résztvevő megfigyelés, netnográfia, folyamatos interakció a szülés ügyét alakító egészségügyi, szociális, tudományos és mozgalmi aktorokkal), de 2017-ben kérdőíves felmérést is készítettünk dúlák körében (n=95), illetve Földházi Erzsébettel közösen a 2021-es változásokkal kapcsolatos anyai tapasztalatok mérésére az interjú mellett kérdőívet is használtunk (n=1019), miként jelenlegi, otthonszülés-kutatásunkban is vegyes módszert alkalmazunk. Jelen tanulmányomban a szülés humanizálásának nemzetközi törekvései és a magyar szülészeti politika áttekintése után néhány, Losonczi Ágnes által kijelölt téma mentén a fenti kutatásokra támaszkodva elemzem a magyar szüléskultúra változásait.

Kulcsszavak: szüléskultúra, szülészeti ellátás, gyermekszülés, szülészeti mozgalmak

¹ Pázmány Péter Katolikus Egyetem BTK, Szociológiai Intézet.

AND “WHAT HAS HAPPENED SINCE THEN...”

Changes in childbirth culture in Hungary since the research of Ágnes Losonczi

In Hungary, Ágnes Losonczi was the first scholar in the field of social sciences to address the issue of the quality of childbirth, embedding it within her wide-ranging body of work and within a research programme exploring the social determinants of childbirth and the anomalies of the healthcare system. She recognised that both obstetric care and the socially embedded medical approach to childbirth were areas worthy of investigation, therefore, as research leader, she considered it essential to include this area in the analysis. In her volume, *The Time of Man* (2009), Losonczi offered a comprehensive reflection on the period that had passed since the previous large-scale research (“What has happened since then...”), discussing the transformations in obstetrics, the changing social environment, and their interrelations. Since then, much has changed. Methods once considered alternative have slowly infiltrated the formal care system, but attitudes are still changing only gradually — both within healthcare and in society at large. However, the practical implementation of the theoretical possibilities and the experience of healthcare professionals or mothers are extremely complex and contradictory, with cognitive conflicts lurking in the background. Over the past two decades, as a cultural anthropologist, I have examined the relationship between modern and postmodern birth cultures, the debates surrounding them, the responses of the actors involved, and the broader social embeddedness of change. With the involvement of my university (sociology) students, we explored topics such as attitudes toward childbirth, birth experiences, home birth, doula work, paternal interpretations, the situation of midwives, and the experiences of the 2021 healthcare reform, within several thematic research projects. The work has been, and continues to be, based primarily on qualitative methods—including in-depth interviews with thematic analysis, participant observation, netnography, and continuous interaction with healthcare, social, scientific, and activist actors shaping the field of childbirth. In 2017, we also conducted a survey among doulas (n=95), and together with Erzsébet Földházi, we combined interviews with a questionnaire study (n=1019) to assess maternal experiences related to the 2021 changes. Similarly, our current home birth research employs a mixed-method approach. In my study, following an overview of international efforts to humanize childbirth and of Hungarian obstetric policy, I analyse the transformations in Hungarian childbirth culture along some of the themes identified by Ágnes Losonczi, drawing upon the aforementioned research findings.

Keywords: birth culture, maternity care, childbirth, alternative birth movements

És „AMI AZÓTA TÖRTÉNT...”

A SZÜLÉSKULTÚRA VÁLTOZÁSAI MAGYARORSZÁGON LOSONCZI ÁGNES VIZSGÁLATAIT KÖVETŐEN

BEVEZETÉS ÉS KUTATÁSI HÁTTÉR

Magyarországon Losonczi Ágnes volt az első, aki a társadalomtudományok területén a szülés minőségének kérdésével (is) foglalkozott, amely széles spektrumú munkásságában beágyazódott a szülés társadalmi meghatározóit és az egészségügy anomáliáit feltáró kutatási programjába. Hangsúlyozta, hogy a szülés kulturálisan meghatározott folyamat, és felismerte, hogy a gyermek születésének körülményei között a szülészeti ellátás és a társadalmilag beágyazott medikális szemlélet is vizsgálendő terület, ezért kutatásvezetőként fontosnak tartotta ezt a területet is bevonni az elemzésbe.² A *kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben* (1988), majd az *Utak és korlátok az egészségügyben* (1998) című művekben részletesen elemezte, miként torzítja az egészségügyi ellátást a sokszintű és kölcsönös bizalomvesztés és kiszolgáltatottság, ami ma is rányomja a bélyegét a szülés és születés eseményére, miként azt a rendszerváltozás idején maga is elemezte (Losonczi 1991). Az 1980-as években még kevés lehetőség volt az alternatív szülési módok vizsgálatára, amelyeket Czenky Klára (1988) összegzett a Losonczi által vezetett kutatás eredményeit összefoglaló első zárókötetben. Ám a 2009-ben megjelent *Az ember ideje* című munkában Losonczi összegző módon írt a korábbi nagyívű kutatás óta eltelt időszakról (*Ami azóta történt...*), a szülészetben és a társadalmi környezetben történt változásokról és ezek viszonyáról. Ezután azonban figyelme más területek felé fordult.

Azóta is sok minden történt. Ahogyan a továbbiakban majd részletesen kifejtem, az alternatívnak tekintett módszerek lassan beszivárogtak a hivatalos ellátórendszerbe, 2011-ben rendeletben szabályozták az otthonszülést, ám a szemlélet lassan változik – mind az egészségügy, mind a társadalom esetében. Az orvosi beavatkozások aránya és a császármetszési ráta jóval a WHO ajánlásaiban szereplő értékek felett van és emelkedik, s bekerült a köztudatba a szülészeti erőszak fogalma. 2021-ben betiltották a hálapénz nyújtását és elfogadását és jelentősen megemelték az orvosbéreket, ám ezzel párhuzamosan megszűnt a szakemberválasztás lehetősége az állami szülészetben. Noha az utóbbi megoldás a nemzetközi trendeket követi, kivitelezése számtalan kritikát szült mind szakmai, mind felhasználói oldalon. Mindeközben növekszik a női szülészorvosok aránya a fiatal szülészgenerációban, elvben lehetővé vált a szülésznők várandósgondozása és önálló szülésvezetése, intézményesült bábapraxisek működnek félig-meddig az ellátórendszerbe integrálva, pszichológiai szemléletű egyetemi továbbképzéssel egészíthető ki a szülészeti ellátórendszerben dolgozók tudása, néhány intézményben már szívesen fogadják a dülákat, s a nők számára kimeríthetetlen mennyiségű – ám ennek megfelelően áttekinthetetlen és rendkívül sokféle szemléletű – információt biztosít az online tér. Az elvi lehetőségek mögötti gyakorlati működés, illetve az egészségügyi szereplők és az anyák tapasztalata azonban rendkívül összetett és ellentmondásos, amelynek hátterében kognitív konfliktusok húzódnak.

² A Losonczi Ágnes által vezetett kutatócsoportok reprodukcióval kapcsolatos vizsgálatait két kötetben jelentek meg Hanák Katalin szerkesztésében (1988, 1991).

Ebben az írásomban arra teszek kísérletet, hogy saját kutatási kompetenciáimon belül reflektáljak néhány gondolatra, amelyeket Losonczi Ágnes 2009-ben fölvetett. Magam az elmúlt közel húsz évben kulturális antropológusként vizsgáltam a modern és posztmodern szüléskultúra³ viszonyát, a tudástranszfer folyamatait, a diskurzusok egymásra hatását, a változások társadalmi beágyazottságát. Egyetemi (szociológus) hallgatóim bevonásával több tematikus kutatási projekt keretében jártuk körül a szülési attitűdök, a szülésélmény, az otthoni szülés, a dúláság, az apai értelmezések, a szülésznők helyzetének, illetve a 2021-es egészségügyi átalakítás tapasztalatainak témáját. A munka alapvetően kvalitatív módszerekkel zajlott, zajlik (mélyinterjú tematikus elemzéssel, résztvevő megfigyelés, netnográfia, folyamatos interakció a szülés ügyét alakító egészségügyi, szociális, tudományos és mozgalmi aktorokkal). Emellett 2017-ben végeztünk egy kérdőíves felmérést dülák körében (n=95), illetve Földházi Erzsébet szociológus kollégám bevonásával a 2021-es változásokkal kapcsolatos anyai tapasztalatok mérésére az interjú mellett kérdőívet is használtunk (n=1019), miként jelenlegi, otthoni szülés-kutatásunkban is vegyes módszert alkalmazunk. Jelen szöveg olyan áttekintést kíván nyújtani, ami korábbi kutatásaimon alapszik (Kisdi 2013, 2016, 2018, 2019, 2021, 2022, 2023, Kisdi–Földházi 2024.).

Losonczi 2009-ben – ami utólag visszatekintve a modern és a posztmodern szüléskultúra folyamatos interakciójának forrongó időszaka volt – úgy látta, hogy a szülés területén végbemenő változásokat a női mozgalmak, a haladó szellemű perinatális szakemberek és az információ nyilvánossága biztosítják, de változatlan problémaként írta le a valódi választási lehetőség hiányát, a kiszolgáltatottságot, a bizalmatlanságot és az egyenlőtlenségeket. Tanulmányomban e szempontok alapján tárgyalom az azóta eltelt időszak eseményeit, de ehhez először ki kell térnem a szülés humanizálásának nemzetközi történetére, illetve a magyar szülészeti politikára.

A SZÜLÉS-SZÜLETÉS HUMANIZÁLÁSA

Vészjelzők: császármetszés és szülészeti erőszak

A különböző irányú demográfiai válságok és az alulról szerveződő szülésmozgalmak szerte a világon felerősítették azokat a törekvéseket, amelyek a szülés minőségének javítását célozzák, hogy pozitívan befolyásolják a szülészeti mutatókat, a nők és a magzatok szülésélményét, ezzel pedig a korai kötődést és a megszülető gyermekek életminőségét (O'Connor 1993, Davis-Floyd 2003, Goer 2004, Colvin 2022). Az összetett problémák közül most kettőt emelek ki, a császármetszés generálisan növekvő arányát (Boros 2021) és a szülészeti erőszak jelenségét.

Nemzetközi szinten az 1990-es évek óta egyre több kutatás hívja föl a figyelmet a császármetszés lehetséges hosszú távú negatív hatásaira, amely növeli a gyermekben az asztma, az ekcéma, az allergia, az 1-es típusú diabétesz, a bronchitisz, a sclerosis multiplex, a gyermekkori leukémia, a hererák és az elhízás kockázatát (Dahlen et al. 2013, idézi Varga 2019:278), amelyek további egészségügyi problémákat generál-

3 A nyugati világban a modern szüléskultúra a 20. század közepére váltotta föl a premodern szüléskultúra elveit és gyakorlatait a szülés orvosi felügyeletének kiterjesztésével valamennyi szülésre vonatkozóan, ami vitathatatlan pozitív egészségügyi következményei mellett a szülések elidegenedéséhez, elmedikalizálódásához és külső irányításához vezetett. Ennek ellentmondásait kritika alá vonva nőtt ki a modern szüléskultúrából a 20. század második felében az általam posztmodern szüléskultúrának nevezett, rendkívül heterogén rendszer, amely szakmai legitimációkra építkezve alternatív társadalmi mozgalmak formájában bontakozott ki. A téma részletes elemzését lásd: Kisdi 2019.

hatnak. A császármetszéssel szülő anyák körében magasabb a posztpartum depresszió⁴ aránya, gyakrabban küzdenek szoptatási problémákkal, ez pedig negatívan hat a kötődésre és a gyermek bizonyos készségeire (Héjja-Nagy 2020). Noha a császármetszés ma már biztonságos és sok esetben életmentő műtétnek számít, így létjogosultsága nem kérdőjelezhető meg, egyre növekvő aránya sok kérdést vet föl. A WHO adatai alapján a 10–15 százalék feletti császármetszési arány sehol a világon nem csökkenti az anyai és magzati halálozás arányát, és nem magyarázható orvosi indokokkal.⁵ 2017-es adatok szerint Európában ez az arány Cipruson volt a legmagasabb (55%), Hollandiában a legalacsonyabb (16%) (Boros 2021), ami jelzi a szüléskultúra normatív, kulturálisan meghatározott jellegét. Magyarország a kelet-közép-európai régiókra jellemző módon, emelkedő tendenciát mutatva, szintén a magas császármetszés-frekvenciájú országok közé tartozik. A magánkórházak szülészetein – amelyek adatai nem szerepelnek az országos összesítésekben –, ennél is magasabbak a császármetszési mutatók: 2024-ben Magyarországon majdnem elérte a 70%-ot,⁶ de az OKF⁷ tájékoztatása szerint a magánkórházak által közölt adatok visszaellenőrzésére nincs törvényes lehetőségük.

1. táblázat. A császármetszési ráta alakulása 2015 és 2024 között az állami ellátásban

Év	Szülések száma (db)	Császármetszés (db)	Császármetszési arány (%)
2015	89 152	34 289	38,46
2016	89 232	34 999	39,22
2017	88 632	35 716	40,30
2018	86 241	35 437	41,09
2019	84 749	35 612	42,02
2020	88 644	36 328	40,98
2021	87 210	35 437	40,63
2022	82 753	33 700	40,72
2023	79 429	32 453	40,86
2024	71 701	29 820	41,59

Forrás: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő⁸

A császármetszés növekedésének hátterében összetett egészségügyi és társadalmi okok állnak, amelyek kifejtésére e helyütt nincs mód, de bizonyos, hogy a technokrata szülészeti szemlélet, a preventív orvosi beavatkozások, az orvos- és szülésznőképzés biomedikális szemlélete, a nő társadalmi státusza, a hierarchikus viszonyrendszer a szülészetben, a nők félelmei, illetve a defenzív orvoslás kényszere is hozzájárulnak (Wagner 2010, Tussing–Wojtycz 1997, Chen et al. 2018, Dweik 2019).

A szülészeti erőszakot, bár még nem használva a kifejezést (*obstetric violence*), már az 1990-es években súlyos problémaként nevezték meg a szülő nők kiszolgáltatottságát megfogalmazó kritikák (Davis-Floyd 1993, Rich 1995, Kitzinger 2005). Az első törvény, amely a fogalmat említi, így a probléma létezését elis-

4 A posztpartum depresszió a szülést követő, hosszú időn át fennmaradó, esetleg fokozódó lehangolt, instabil lelkiállapot.

5 Elérhető: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?sequence=1> [a tanulmányban hivatkozott valamennyi weboldal letöltési, illetve ellenőrzési ideje: 2025-06-04].

6 Közérdekű adatigénylés alapján (a pontos arány 69,17%). A tendencia itt is emelkedő: van olyan magánkórház, ahol 100 %-os a császármetszés aránya.

7 Országos Kórházi Főigazgatóság.

8 Elérhető: https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/gyogyito_megeleozo_ellatas/szakellatas/fekvobeteg_szakellatas_minosegi_indikator/csaszarmentszesek.

meri, Venezuelában született 2007-ben.⁹ Eszerint a szülészeti erőszak „dehumanizált bánásmódként, illetve gyógyszerekkel való visszaélésként fejeződik ki, továbbá a szülés fiziológiai folyamatának kóros eseménnyé alakítását is magában foglalja” (Hajdu 2025:7–8). 2015-ben a WHO,¹⁰ majd 2019-ben az ENSZ¹¹ is világméretű problémaként ismerte el a jelenséget. A kifejezést magyar nyelven Garai Mixi bába definiálta a Magyar Szociológiai Társaság 2016-os konferenciáján, mint „minden olyan beavatkozás és bánásmód, mely a szülő nő beleegyezése (gyakran tudta) nélkül, illetve akarata ellenére történik vele vagy újszülöttjével, a szülészeti ellátás bármely szakaszában, ideértve a várandósgondozást, a szülés folyamatát és a gyermekágyas időszakt is. Az emberi méltóság, a betegjogok, a szülő nő önrendelkezési jogának megsértése hatalmi pozícióból” (Garai 2016). Mint Garai rámutatott, „a szülészeten, szülés közben elszenvedett erőszak hatásai, későbbi tünetei azonosak a nemi erőszakéval, elsősorban a PTSD-vel,¹² emellett nagyon megnehezítik az anya–gyerek kötődést [...], jelentősen csökkentik a további gyerekvállalási kedvet, megnehezítik a szülők adaptálódását az új szerephez”. Hosszú távon tehát a társadalom mentális egészségét rombolják. Noha a fogalom eredetileg szélesebb jelentésű (O’Brien–Rich 2022), általában a fenti értelemben használatos.

Társadalmi és szakmai válaszok: szülésmozgalmak és szülészeti ajánlások

A technokrata szüléskultúra térhódítására reagálva a 20. század második felében az újító szellemű perinatális szakemberek (elsősorban Lamaze 1956, Bradley 1974, Leboyer 1975, Odent 1984) elméleteiből és gyakorlataiból kiindulva alternatív társadalmi mozgalmak keretében indult el a változások követelése. Ezek elvei és gyakorlatai aztán a fogyasztói igények és a politikai lehetőségek, a civil társadalom erőssége, a nők érdekérvényesítő képessége és lehetősége, illetve a professzionális szülészet progresszivitásának és befogadóképességének függvényében kisebb-nagyobb mértékben és mélységben beszívárogtak a hivatalos szülészeti ellátásba, amelyet Davis–Floyd (2003) humanizált szüléskultúrának nevezett.

A nyugati országokban – gyakran nemzetközi összefogással – az alternatív szülésmozgalmak¹³ hatására és széles társadalmi bázisra építkezve nagyobb lendülettel az 1990-es években indult meg a szülészet reformja különféle szakmai ajánlások megfogalmazásával, amelyek – a magzat érdekein túl felismerve az anya jóllétének jelentőségét a szülés kimenetelére és a szülészeti mutatók javítására – eleinte az anya, majd a család egészségének érdekeire fókuszáltak. A szoptatástámogatást fókuszba állító bababarát kórház kezdeményezéseket idővel kiegészítette a baba-mama-barát szemlélet. Az elmúlt húsz évben több nemzetközi ajánlás látott napvilágot. A legfontosabbak közé tartozik a Nemzetközi AnyaBaba-barát Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés (*International MotherBaby Childbirth Initiative* – IMBCI 2008),¹⁴ a WHO ajánlások – Pozitív szülésélményt célzó szülészeti ellátás (*Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* – WHO

⁹ Elérhető: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>.

¹⁰ Elérhető: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=9F267D5C92CE857479A-65191EC48979D?sequence=1

¹¹ Elérhető: <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?v=pdf>

¹² Poszttraumás stressz szindróma (*post-traumatic stress disorder*): szorongásos zavar, ami traumatikus eseményeket követően alakulhat ki (Elérhető: <https://www.pszichiatriaikozpont.hu/korkepek/hangulatzavarok/ptsd>)

¹³ Az alternatív kifejezés eleinte a medikális normától való eltérésre, majd a lehetőségek közötti választásra utalt, de teoretikusai paradoxonnak tartják, hogy a szülés természetes folyamatának támogatására használatos az alternatív szó.

¹⁴ <http://imbc.com/> (Magyarul: https://m.cdn.blog.hu/sz/szuletesmese/image/imbc_i_emberi_jogok_hu.pdf).

2018),¹⁵ a Nemzetközi Szülészeti Kezdeményezés (*International Childbirth Initiative* – ICI 2019),¹⁶ illetve az angol *National Institute for Health and Care Excellence* ajánlása.¹⁷ Valamennyi hangsúlyozza, hogy a szülés társadalmi, családi esemény, hogy a szülő nő viselkedése nem értelmezhető korábbi ismeretei, élményei, elvárásai, illetve szocializációs környezetének ismerete nélkül, s hogy a szülés minőségének egyik kulcsa a folyamatos és személyre szabott társas támogatás, illetve a tiszteletteljes és az anya mentális állapotát figyelembe vevő kommunikáció. A megszokáson és a tekintélyen alapuló, meghaladott rutin eljárások helyett szorgalmazzák a tudományosan alátámasztható (*evidence-based*) gyakorlatok bevezetését, illetve általánosítást, amely magában foglalja a szülészeti beavatkozások csökkentésére való törekvést és a normális szülés¹⁸ támogatását.

A SZÜLÉSZET POLITIKÁJA MAGYARORSZÁGON

A történelmi helyzet úgy hozta, hogy Magyarországon a 2009 óta eltelt időszak nagy részében – 2010 óta – ugyanaz a politikai erő irányít. Az Orbán-kormány pronatalista szemlélete kiemelt kérdésként kezeli a reprodukciót, s noha a szülés elsősorban demográfiai problémaként foglalkoztatja, a magát családbarát kormányként definiáló vezetés több olyan – családbarát jelzővel ellátott – programot írt ki,¹⁹ amely magában hordozta a pozitív változás lehetőségét a szülészetben is. A régről görgetett problémák – az egészségügy finanszírozási rendszere, a kórházi adósságok, a szakemberhiány, a leterheltség, a szakdolgozók anyagi és társadalmi megbecsülésének hiánya, a betegek kiszolgáltatottsága és a betegutak kiszámíthatatlansága, az átlátható és egyértelmű ellenőrző- és visszajelzőrendszer, illetve a hozzáférhető statisztikák hiánya, a medicina defenzív jellege,²⁰ az egészségügyi oktatás problémái, továbbá a leendő szülők szüléssel kapcsolatos ismeretei, szocializációja és ebből adódó elvárásai stb.²¹ – miatt azonban ezek sok esetben inkább formai, mintsem tartalmi eredményeket értek el (a szülőszobák felújítása például megtörtént, de a szemléletformálás és a továbbképzések keveseket értek el, amihez azonban a Covid19-járvány is hozzájárult).

15 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> (Magyarul: <https://szoptatas.info/sites/default/files/WHO-pozitiv-szuleselmenyt-celzo-ellatas-ajanlasok-tablazat-2018.pdf>).

16 <https://icichildbirth.org/initiative/> (Magyarul: <https://masallapotot.hu/wp-content/uploads/2020/01/ICI-full-hun.pdf>).

17 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations> és korábbi változatai. Tudomásom szerint magyar fordítása nincs.

18 Normális szülés alatt a medikális beavatkozásoktól mentes, élettani szülés értendő (Novák 2015).

19 A témáról bővebben a „Családbarát” rendelkezések részben írok.

20 A defenzív medicina (DM) (védekező orvoslás) koncepciója az orvosok által nyújtott összes olyan orvosi ellátásra vonatkozik, amely elsősorban nem a beteg érdekeit szolgálja, hanem az egészségügyi intézményrendszer védelmét, a pereskedés kockázatának megelőzését. Ez a vizsgálatok túlbiztosításában, a keresztellenőrzések sokaságában és az egészségügyi bürokratikus kontrollban is megjelenik, ami a szülés esetében a szülés elmedikalizálódásához vezet (Losonczi 1988:64–65, Kakemam et al. 2022). Ahogy Losonczi fogalmazott: „ez pedig nem a gyógyítás jobbítását hozza magával, hanem az adminisztratív elhárítás kidolgozásának emberterhelő és emberről elterelő figyelmét” (1988:65).

21 Ezek a problémák, amelyeket Losonczi kulcskérdésként kezelt – mint később rámutatok – ma is terhelik az egészségügyi ellátást. A jelenkori helyzet orvosszakmai reflexiójaként lásd a Magyar Orvosi Kamara (MOK) főtitkárának cikkét (Svéd 2021), amelyben az általános egészségügyi ellátás nehézségeiként szintén e témákat tárgyalja.

Az intézeten kívüli szülés legalizálása

A tárgyalt időszak első határvét az intézeten kívüli szülés legalizálása jelentette, amely bár addig sem volt tiltott, szabályozatlansága révén a szűrkezőnaban működött. Az, hogy egy marginálisnak tekintett nőjogi küzdelem elérte a nagypolitikát, szimbolikus jelentőséggel bírt, hiszen ezzel elismerték a szüléssel kapcsolatos döntési lehetőség – és ezzel a mögötte álló értékrend és szemléletmód – létjogosultságát. A Losonczy (1991, 1998) által felvázolt történeti-társadalmi változások, továbbá az, hogy két női politikus is az ügy mellé állt,²² elindította és továbbblendítette az intézeten kívüli szülést szabályzó rendelet megalkotását, amit az otthon-szülésben dolgozó szakemberek a rendszerváltozás óta szorgalmaztak (bővebben: Kisdi 2013). A szülés szakma erős megosztottsága²³ okán a munka lassan haladt, majd reflektorfénybe állította az otthon-szülés hazai úttörője, Geréb Ágnes doktornő elleni eljárás²⁴ (bővebben: Kisdi 2013), illetve a Ternovszky kontra Magyarország néven elhíresült per (lásd: Dute 2011).²⁵ Végül 2011 márciusában megszületett az intézeten kívüli szüléseket szabályzó rendelet.²⁶ Noha ezt azóta többször is módosították, még mindig ír elő olyan kötelezettséget a bábák²⁷ számára, amihez nekik nincs jogosultságuk,²⁸ illetve még ma sem rendelkezik az otthon-szülésben segédkező szakemberek speciális képzéséről, mivel a rendelet nem különbözteti meg az intézeti és az intézeten kívüli szülés szakmai szemléletét. Noha a rendelet előkészítésekor Horváth Ágnes egészségügyi miniszterasszony is amellet érvet, hogy az egyenlő hozzáférés jegyében az otthon-szülést is a társadalombiztosítás által kell elérhetővé tenni (Horváth 2016:75), ez máig nem valósult meg. Továbbá hivatalosan még ma sincs tervben születésházak létrehozása, illetve ezek feltételrendszerének kidolgozása, noha ezirányú javaslat is született már nem csak nőszervezeti, hanem – országos szülészeti szakfelügyelői kezdeményezésként – orvosi irányból is.²⁹

22 Horváth Ágnes egészségügyi miniszter (2007–2008), majd a következő kormányzatban Horváth Ildikó egészségügyi államtitkár. Utóbbi a szabályozás idején a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségpolitikai Főosztályának főosztályvezetője volt.

23 Először 1999-ben közölte állásfoglalását az otthon-szülés ellen a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium (Papp 1999), majd 2002-ben és 2007-ben, de 2008-ban már a szabályozás szükségessége mellett foglaltak állást. Forrás: <http://www.babanet.hu/publ/otthon-szulesrol.htm>.

24 Dr. Geréb Ágnes, 17 évnyi klinikai tapasztalattal rendelkező szülész-nőgyógyász szakorvos, pszichológus és szülésznő, a magyarországi otthon-szülés mozgalom kulcsfigurája ellen 2009-ben három, az otthon-szüléssel összefüggésbe hozott magzati, illetve gyermeki haláleset miatt indított eljárást a Pesti Központi Kerületi Bíróság. A hosszan elhúzódó pert éles hangú viták keretezték hazai és nemzetközi viszonylatban is a doktornő felelősségével és az otthon-szülés létjogosultságával kapcsolatban, de 2011-ben, néhány héttel az intézeten kívüli rendelet megszületése után a bíró halált okozó, foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés, valamint maradandó fogyatékoságot okozó, foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés miatt két év letöltendő fogházbüntetésre ítélte Geréb Ágnest, s további öt évre eltiltotta szakmája gyakorlásától. A védelem a köztársasági elnökhöz fordult kegyelemért, amit 2012-ben Áder Jánostól meg is kapott.

25 Egy anya azért fordult először a magyar Alkotmánybírósághoz, majd az Emberi Jogok Európai Bíróságához a Társaság a Szabadságjogokért szervezet segítségével, mert az állam nem biztosította a biztonságos otthon-szüléshez való jogát (Dute 2011).

26 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelet az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól Forrás: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100035.kor#ljb8id9c5c>

27 Ebben a szövegben a könnyebb követhetőség érdekében a *szülésznő* fogalom alatt a kórházi, *bába* alatt az intézeten kívüli szülésznőket értem annak ellenére, hogy megkülönböztetésük messze nem ilyen egyértelmű. Ennek kifejtése azonban messzire vezetne.

28 A legnagyobb problémát a gyógyszerelési előírások és azok alkalmazásának egyidejű tiltása jelenti. A bábák szorgalmazzák a tapasztalatok fényében a rendelet – beígért – felülvizsgálatát, de ez máig nem történt meg. Ugyanakkor az orvos esetleges bevonásának lehetősége miatt van magyarázat arra, hogy olyan gyógyszerek előírását is tartalmazza a rendelet, amelyet a bába nem használhat.

29 Ennek ellenére létezik két – egymástól sokban különböző – születésházként funkcionáló helyszín, amelyek (a nemzetközi – ám korántsem egységes – gyakorlat szerint) az intézeten kívüli szülésekre vonatkozó rendeletben foglaltaknak felelnek meg (a

„Családbarát” rendelkezések

A születésszámok növelése érdekében a Magyar Kormány 2018-ban meghirdette a Családbarát Szülészeti Pályázati Programot, ami a családbarát szemléletet és a szülésélmény fontosságát hangsúlyozta, ám az első körben csak infrastrukturális fejlesztésekre lehetett pályázni.³⁰ A következő évben (s eddig utoljára) egy olyan szülészorvos javaslatára, aki iskolateremtő módon eddig is a családbarát szülészet³¹ elvei szerint dolgozott, továbbképzési célú pályázatok is indultak, amihez több oktatóintézmény kapcsolódott, amelyek szoros kapcsolatban álltak a programot támogató orvosokkal. A Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság (MPPOT) például 19 képzést kínált kétévestől egynapos időtartamig, amelyek kifejezetten a szemléletváltást és a posztmodern szüléskultúra elveinek és megoldáskészletének megismertetését célozták többnyire olyan témákban, amelyek eleve képzési palettájukba tartoztak.³² A képzések megtartását nagyban nehezítette az ekkor jelentkező Covid19-járvány, lévén a tanfolyamok egy része szakmai szempontból sem volt átültethető az online térbe, illetve az egészségügyi dolgozók megnövekedett leterheltsége gyakran a tanfolyamok elvégzésének rovására ment. Mindemellett a szervezők gyakran tapasztalták, hogy az intézményekből delegált beosztott dolgozók³³ nem tudták pontosan, milyen képzésre érkeznek, és sokszor nem vette a munkáltató figyelembe a képzés időpontjait a műszakbeosztásnál. Ez a résztvevők motivációjára is hatással volt, azonban az utólagos értékelésben³⁴ a képzések hiánypótló voltát hangsúlyozták. Az MPPOT mellett a Szoptatásért Magyar Egyesület, a Mellette a Helyem Egyesület, illetve a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete is kínáltak képzéseket, a laktációs ismeretek hangsúlyával.

Új szülészeti irányelvek

Politikai szándék kellett ahhoz, hogy létrejöjjön egy olyan szülészeti irányelv, ami az élettani születekre³⁵ vonatkozóan javasol követendő mintákat a nemzetközi ajánlások (elsősorban a NICE)³⁶ alapján. Korábban az élettani szülés vezetésére vonatkozó irányelv nem létezett, ám 2015-ben az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) létrehozott egy rövid ideig működő munkacsoportot, amelynek eredeti feladata az önálló szülésznői munkát segítő irányelv kidolgozása volt, de a tervezetet a szülészeti szakmai kollégium³⁷ nem támogatta. Amikor Horváth Ildikó került az egészségügyi államtitkári székbe (2018), újabb egyeztetést sürgetett. A szülészeti szakmai kollégium által megírt változat minisztériumi elvetése után, amely nem közelített a nemzetközi normákhoz, a normális szülést támogató progresszív szemléletéről ismert Bálint Balázs szü-

Budai Perinatális Központ, valamint az Életfa Bábapraaxis által működtetett gödi születésház).

30 Lásd: 1098/2018. (III. 19.) Korm. Határozat a családbarát kormányzati intézkedésekről – forrás: <https://njt.hu/jogszabaly/2018-1098-30-22>; www.koppmariaintezet.hu/downloads/20180710/Beneda%20Attila%20-%20Csaladbarat%20szulészet.pdf

31 Családbarát szülészeti, alternatív szülészeti, bábai szemlélet, holisztikus szülésmodell – valamennyi elnevezés a szülés demedikalizációját és bio-pszicho-szociális rendszerszemléletét hangsúlyozza.

32 <https://www.mpppot.hu/tevekenysegek/csaladbarat-szuleszeti-palyazati-program>

33 A pályázat keretében többségében szülésznők és ápolók vettek részt a képzéseken, de kisebb részben jelen voltak szülészorvosok, általános orvosok, újszülött- vagy gyermekgyógyászok, rezidensek, s néhány védőnő, pszichológus és gyógytornász (az MPPOT szíves engedelmével közlöm).

34 Az értékelések alapján írt jelentést a Társaság a rendelkezésemre bocsátotta.

35 Tehát a normális, hüvelyi szülésre vonatkozóan. A császármetszésre vonatkozó szakmai irányelv 2013-ban járt le, s azóta nem született új, de tudomásom szerint készül.

36 Az angol National Institute for Health and Care Excellence. (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations>).

37 Jelenlegi nevén: Egészségügyi Szakmai Kollégium Szülészeti és Nőgyógyászat, Asszisztált Reprodukció Tagozat.

lészorvost kérték fel annak átírására. Az átírt változat – a szülészeti szakmai kollégiummal való kompromisszumok megkötése után³⁸ – 2019 decemberében jelent meg a Magyar Közlönyben az *Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról* címmel,³⁹ amely mind a szülésznők, mind az orvosok számára útmutatóul szolgál az élettani szülések ellátáshoz. Az irányelv hangvétele és javaslati messze túlmutatnak a működő gyakorlaton, s távolról sem tükrözik a szülészeti szakma általános szemléletmódját, így az új irányelv megfogalmazása nagy jelentőségű a magyar szülészetben, a kritikai hangok mégis a megengedő (s nem előíró) hangvételt problematizálták.⁴⁰ A szakmai irányelv szabályszerűen 2022 novemberében lejárt, s csak 2025 márciusában jelent meg – egy konzervatívabb szemléletű orvos tollából – a következő,⁴¹ amely bár az előző irányelvre építkezett és progresszív hangvételt megtartotta, néhány ponton visszalépést jelentett a korábbi változathoz képest.⁴²

A szülészeti ellátás 2021. évi átalakítása

A szakemberek terhelésének növekedése miatt a családbarát szülészet elveinek megvalósulását valószínűleg hosszú időre visszaveti a szülészet radikális átalakítása 2021. január 1-től. Az egészségügyi jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény rendelkezései alapján kiegészült a Büntető törvénykönyv korrupciós bűncselekményekre vonatkozó része, amelynek értelmében akár egy évig tartó szabadságvesztéssel is büntethető az, aki hálapénzt ad vagy fogad el. Ez a gyakorlatban azt is jelentette, hogy megszűnt a szabad orvos- és szülésznőválasztás. A rendelkezés a kórházválasztást is korlátozza, mert az állami ellátásban alapesetben mindenki csak a területileg illetékes kórház szülészeti szülhet, kivéve, ha a területen kívüli kórházban van szabad kapacitás, amihez azonban többletforrás nem áll rendelkezésre. Ugyane törvény értelmében az egészségügyi dolgozók újonnan bevezetett jogviszonya (a közszolgálati jogviszony helyett) bérrendezéssel és bizonyos kötöttségek megállapításával is járt (kirendelhetőség, áthelyezhetőség, amit a szakmai kompetencia és az önrendelkezés csorbításaként értelmezett a szakma akkor is, ha a valóságban ritkán fordult elő átvezénylés a Covid19-járvány lecsengése után). Az orvosbérek drasztikus emelése nem járt együtt a szakdolgozók eleve alacsony bérének jelentős növelésével, sőt, a szülészetre jellemző hálapénz kiesése miatt inkább csökkent, így óriási bérszakadék keletkezett az orvosi és szakdolgozói (például szülésznői) bérekben. Hiába azonban a megemelt orvosbér – a magánellátás és a külföldi praxis általában így is magasabb jövedelemmel kecsegtet, ezért a középgenerációban problémát jelent az elvándorlás.⁴³ Ez, illetve a fogadott

38 A kompromisszumok megkötésére Bálint szerint azért volt szükség, mert a magyar viszonyok között nem volt életszerű olyan eljárásokat, módszereket elvárni a nemzetközi ajánlások alapján, amelyekben a magyar orvosoknak – képzésük és munkatapasztalatuk okán – nincs jártassága.

39 https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3016/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelv_csaladbarat.pdf

40 Lásd pl. a Másállapotot a szülészetben mozgalom által megfogalmazott véleményt: <https://merce.hu/2020/02/19/jar-is-a-magyar-noknek-korszeru-szuleszeti-ellatas-meg-nem-is/>

41 A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a családközpontú alapelvekre épülő szülészeti és újszülöttellátásról – forrás: *Egészségügyi Közlöny*, LXXV. (3), 294–312. www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2025/3.pdf

42 Nagy visszhangot keltett például, hogy a korábbi ajánlással szemben a szülőszobai kísérők számát egy főre korlátozta, ami megnehezíti a dülák szülőszobai jelenlétét (noha az 1997-es egészségügyi törvény szövege nem fogalmaz a kísérők számát illetően egyértelműen, továbbá az irányelvben benne maradt evidenciaként az ICI, International Childbirth Initiative, <https://icichildbirth.org/initiative/>, magyarul: <https://masallapotot.hu/wp-content/uploads/2020/01/ICI-full-hun.pdf>, amely egyértelműen több lehetséges kísérőt támogat).

43 Az összes orvosra vonatkozóan lásd: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0006.html, a szülészorvosokra vonatkozóan pedig OSAP (Országos Statisztikai Adatfelvételi Program) 1589 (2024).

orvosok és szülésznők „bedolgozásának”⁴⁴ kiesése az amúgy is túlterhelt beosztott szakszemélyzet munkáját növeli, így tovább folytatódik a lemorzsolódás. A szülésznők létszámának csökkenése⁴⁵ sok helyen ellehetetlenítette a működést.

A hiányt orvoslandó, a kisforgalmú szülészeti működéset ésszerűsítendő, ám a sajtóhírekben a nők igényeit hivatkozó módon 2024 júniusában hatályba lépett a „26/2024. (VI. 10.) BM kormányrendelet az I. progresszivitási szintű szülészeti ellátóhelyek bevezetéséről”,⁴⁶ ahova csak alacsony rizikóbesorolású várandósok kerülhetnek, s az ellátásra az intézeten kívüli szülés szakmai szabályai vonatkoznak. Eddig a szülészeti ellátásban mindenütt magas minimumfeltételeket határoztak meg (II. és III. pr. szint),⁴⁷ ami azonban a gyakorlatban számos helyen kivitelezhetetlen. A szülésznők és a szülészeti aktivisták⁴⁸ szerint a jelenlegi helyzetben nem életszerű ezeknek az osztályoknak a létrehozása, noha elvi szinten üdvözik az ötletet, hiszen számos országban létezik ez a megoldás. Magyarországon azonban a szülésznők többsége – képezése dacára – nem tudott az önálló szülésvezetésben akkora gyakorlatot szerezni, hogy vállalják ezt a felelősséget, tehát – miként a vele készített kutatási interjúmból (2024) kiderült – az ötletgazda szülészorvos szerint is mindenképpen szükség van a szülésznők licenszvizsgájára az önálló szülésvezetéshez, amihez kapcsolódóan a szülőszobai, önálló munkát vállaló szülésznők fizetését jelentősen meg kellene emelni, és még várakozásra a biztonságos működés feltételeinek kidolgozása. Jelenleg I. progresszivitási szintű szülészeti osztály a valóságban még sehol nem működik.

A szülészeti adatgyűjtés és adatszolgáltatás problémái

A szülészeti ellátás elemzését nagyban megnehezíti a szülészeti adatok hiánya. Ez részben az adatgyűjtés anomáliáira, részben elérhetetlenségére vezethető vissza, pedig Magyarországon komoly hagyománya van a szülészeti adatok gyűjtésének, amit Tauffer Vilmos szülészorvos kezdett el a 19. század végén (Csákány 2007). Ma minimum három irányba kell adatot szolgáltatni a kórházakban, de más céllal és más fókusszal,⁴⁹ amire ugyanakkor nincs humánerőforrás, így az adatrögzítés pontatlan és hiányos. Egy további probléma kapcsán így beszélt egy szülészorvos a kórházi adatgenerálásról egy kutatási interjúmban: *„az adatok beírása sok helyen úgy történik, hogy miért fizet az OEP többet. Hát a méhnyaksérülésért. Hát sok helyen ezért*

44 Vagyis a fogadott orvos és szülésznő jelenléte és munkája a kórházban munkaidőn kívül.

45 A KSH adatai szerint ugyan az elmúlt évekre nézve nem beszélhetünk drasztikus fogyásról (2020-ban 7,4, 2021-ben 13,4, 2022-ben 15,7, 2023-ban 21,3 üres szülésznői állás volt (az 1500–1600 körüli státuszokban, amit a statisztika a működéshez szükséges számként határoz meg (OSAP 1019, 2024)), de mivel a szülésznői engedélyek (kártyák) öt évre szólnak, ebben benne vannak olyanok is, akik már vagy éppen nem dolgoznak, illetve azok is, akik nem szülőszobában dolgoznak, vagyis a szülőszobai ellátás problémája ezekből a számokból nem olvasható ki. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Szülésznői Tagozata vezetőjének adatai szerint jelenleg kb. 700 szülésznő dolgozik szülőszobában, ami messze nem elegendő az ellátáshoz, és a korfa rendkívül aggasztó, előregedő képet mutat. A felsőfokú szülésznőképzést a hallgatók 20–30 százaléka fejezi be.

46 Forrás: https://jogkodex.hu/jsz/2024_26_bm_rendelet_7717318

47 A II. progresszivitási szintű szülészeti ellátás – az újszülöttellátás szintjeinek megfelelően – a koraszülött intenzív osztály nélküli szülészeti ellátást jelenti, ahol azonban 24 órában elérhető újszülöttgyógyász, a III. progresszivitási szint pedig azokat az ellátóhelyeket, ahol koraszülött intenzív osztályok is működnek.

48 A szülészeti aktivizmusról lásd az V. részt.

49 Az ÁEEK felé (Állami Egészségügyi Ellátó Központ), ahol a Tauffer-statisztika adatait gyűjtik, de az adatszolgáltatási feladatokat egy-egy elfoglalt szülészorvos kezeli, s rendkívül nehézkes kívülről (az Országos Kórházi Főigazgatóságon keresztül) adatokhoz jutni (<https://prod.eadatlap.hu:8033/webgy/regbe/belepes.php>), a NEAK (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) felé a finanszírozás céljából, ám a NEAK nem végez adatelemzést, illetve a KSH (Központi Statisztikai Hivatal) felé, ahol az ún. éves születési lap adatait gyűjtik, de ez a szülészeti eseményekre csak nagy vonalakban kérdez rá (https://www.ksh.hu/nyomtatvanyok_torveny_alta_elrendelt_adatgyujtesek_2025).

van mindenkinek méhnyaksérülése. Dolgozom olyan kórházban, ahol a bekódolt beavatkozást átkódolják, mert úgy lehet több pénzt kapni. Ez a finanszírozás miatt van így” (szülész orvos, 2023).⁵⁰ Noha született már javaslat az adatgyűjtés szisztematizálására és központosítására, egyelőre nem látszik törekvés ennek bevezetésére, noha a megoldás technológiai háttere létezik. Ennek megfelelően nem vizsgálható, hogy például az egyes beavatkozásokat milyen előzmények után fogantatosították vagy milyen előzmények vezettek császármetszéshez. Mindez a szülés folyamatának, minőségének elemzését is lehetetlenné teszi, pedig a nyilvánosan elérhető adatok a páciensek tájékozódását is elősegítenék, amit az egészségügyi törvény jogként megfogalmaz.⁵¹

A VÁLTOZÁS BELSŐ MOZGATÓRUGÓI

A perinatális tudomány, a szülés holisztikus szemlélete

Mint Losonczi írta: „a mozgalmak mellett álltak – már a nyolcvanas évek fordulóján – [...] a konzervatív orvostársadalomból kiváló, új szemléletű orvosok. Mellettük voltak a tudós és tapasztalt pszichológusok, majd az újra felfedezett bábák és az új mozgalmat képviselő dúlák” (2009:229). Az általa is nevesített, 1996-ban egyesületi formában megalakult Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság (MPP-POT)⁵² azóta is kulcsszerepet játszik a szemléletformálásban, amelyben a Losonczi által említett szakemberek kívül szülésznők, védőnők, perinatális szaktanácsadók, társadalomkutatók és egyéb társtudományok képviselői is helyet kaptak. A Társaság gondozásában 2007-ben indult el az ELTÉ-n a perinatális (szak)tanácsadó szakirányú továbbképzési szak. Mind az MPP-POT, mind a perinatális szaktanácsadó képzés összekötő szerepet játszik a társtudományok között,⁵³ s közvetítenek a tudomány és a felhasználói oldal között. Az egyik prominens tagjuk nemrégiben egy kerekasztal-beszélgetésen⁵⁴ arról beszélt, hogy míg a családokhoz egyre jobban eljut az üzenetük, a szülés szakma nagyon nehezen fogadja be a társtudományok eredményeit. Ez elsősorban a szülés-születés holisztikus, vagyis az egyént teljes testi, lelki és szociális egységében értelmező szemléletét jelenti, amely sem a perinatális életidőt nem szabdalja részeire, sem az anya és a magzat érdekeit nem választja szét, ennek megfelelően a testi folyamatokat nem értelmezi a mentális állapot és a szociális keretek figyelembevétel nélkül. Fontos mondanivalójuk, hogy a szülés természetes neurokémiai folyamatába való szülészeti beavatkozások következményei jóval összetettebb, akár transzgenerációs módon is kifejtethet hatást, mint az korábban ismert volt, így az aktív szülésvezetés rutinszerű eljárásai fokozott kockázatot jelentenek a társadalom számára (részletesen lásd pl.: Varga 2019). Képzési, publikációs, előadói és tudománynépszerűsítő tevékenységük saját eredményeik közlésén túl nagy szerepet játszik a

50 Az évszám az interjú készítésének évét jelöli. Az interjúrészeket hallgatói kutatócsoportjaimmal végzett interjúinkból származnak.

51 „Mindenkinek joga van olyan ismeretek megszerzéséhez, amelyek lehetővé teszik számára az egészsége védelmével és fejlesztésével kapcsolatos lehetőségek megismerését, valamint megfelelő tájékoztatáson alapuló döntését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben”, illetve „joga van tájékoztatást kapni az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátások jellemzőiről, azok elérhetőségéről és az igénybevétel rendjéről, továbbá a betegeket megillető jogokról és azok érvényesíthetőségéről” Forrás: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>.

52 <https://www.mpppot.hu/>

53 Erre példa a 2019-ben publikált *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* című kötet (Varga–Andrek–Molnár), amely először terelte közös fórumra az orvostudományi, egyéb egészségtudományi, pszichológiai, társadalomtudományi, szociális és perinatális szakembereket, de szintén multidiszciplináris megközelítésű *A szülési fájdalom kezelése. Nem farmakológiai módszerek* című kötet Varga Katalin szerkesztésében (2020).

54 A felvétel elérhető itt: <https://www.mpppot.hu/hirek/a-szules-medikalizacioja>

nemzetközi szakirodalom közvetítésében is. Tagjaik között néhány olyan szülészorvos is van, akik a maguk területén igyekeznek részt vállalni saját tudományterületük szemléletformálásában. Jelenlegi elnökük a már említett Bálint Balázs szülészorvos.

Az egészségügyi kommunikáció jelentősége

Rendre jelentős szakmai kérdésként merül föl a szülészetet érintő viták során az egészségügyi kommunikáció minősége. A kritikusok szerint még a 2025-ös családbarát szülészeti irányelv⁵⁵ből is fájóan hiányzik a szülésre érkező családdal való szakszerű kommunikációra vonatkozó mindenfajta javaslat, amit például az angol irányelv⁵⁵ hosszan és nagyon pontosan taglal. Ez egy olyan probléma lenyomata, ami az egészségügy egészét áthatja, noha már több mint húsz éve dolgoznak rajta szakemberek, hogy ez megváltozzék, hiszen az egyetemi képzésben már 1993 óta tanulhatnak orvosi kommunikációt egészségügyi szakemberek. Ám probléma, hogy alsóéveseknek hirdetik meg az általános orvoscépzésben,⁵⁶ akiknek még nincs aktív kapcsolata a betegekkel (Pilling–Sándor 2002:225), illetve a posztgraduális szakképzésben nincs célzott kommunikációs képzés a speciális helyzetben lévő szülészorvosoknak, akik többnyire egészséges, ám a szülés alatt megváltozott tudatállapotú nőkkel (Héjja-Nagy 2015) találkoznak. Ha tehát egy orvos vagy szülésznő jártasságot kíván szerezni a szuggesztív kommunikációban,⁵⁷ külön képzésben kell részt vennie.⁵⁸ Ugyanakkor biztató, hogy az egyetemi orvoscépzésben már tervben van, hogy az ötödéves OSCE vizsgán⁵⁹ az orvostanhallgatóknak többek között kommunikációs problémák megoldásait is be kell majd mutatniuk klinikai helyzetekben, ám ez még mindig nem készíti fel a szakorvosokat, esetünkben a szülészorvosokat a várandós nőkkel való speciális kommunikációra. Női szülészorvosok interjúink során is arról számoltak be, hogy saját szülésélményük sokban segítette azt, hogy bele tudjanak helyezkedni a vajúdó nő élményvilágába,⁶⁰ ami a női tapasztalati tudás jelentőségére is felhívja a figyelmet. Az MPPPOT egyik képzése után hasonló megelégedésről adott visszajelzést egy orvos a Tár-saságnak: *„nem gondoltam bele férfiként, milyen kiszolgáltatott helyzetben vannak a kismamák. A gyakorlatok során jobban megtapasztaltam, hogyan érezhetik magukat, és ez segít abban, hogy orvosként hogyan álljak hozzájuk. Ilyet az egyetemen nem tanítanak.”*⁶¹ A probléma kezelése azért is sürgető, mert a szülészeti erőszak legelterjedtebb formája a verbális erőszak, amit mind az anyák, mind a szülésznők kiemelték: *„jönnek szembe ugyanazok a mondatok: Akkor is így kiabált, amikor készült a gyerek? Menjen haza és szülje meg azzal, aki csinálta! Nem fájhat ez annyira, hiszen nem is csinállok semmit”* (szülésznő, 2018).

55 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>

56 Ehhez írt kiváló tankönyvet Pilling János (2018).

57 A szuggesztív kommunikáció (verbális és nem-verbális) olyan üzenetátadás, amely az arra fogékony befogadóból önkéntelen választ vált ki (Varga 2023:9).

58 Ilyen pl. az MPPPOT szervezésében a Szuggesztíók Alkalmazása a Szomatikus Orvoslásban Képzés (<https://www.mpppot.hu/tevekenysegek/kepzesek/sas-ok>).

59 Az OSCE, vagyis *Objective Structured Clinical Examination*, magyarul objektív strukturált klinikai vizsga az orvostanhallgatók teljesítményét több életszerű, szimulált klinikai szituációban felmérő komplex vizsgáztatási módszer.

60 Az online térben elérhető önreprezentációknak is sokszor témája a női szülészorvos saját szülésélményének hatása (pl. <https://www.szulnijo.hu/kik-vagyunk-mi/magamrol.html>).

61 Az MPPPOT szíves engedelmével közlöm.

A preventív beavatkozások csökkentésének sürgetése

A demedikalizációt sürgető, s azt a gyakorlatukban is megvalósító orvosok és szülésznők a korábban Losonczy által szintén problematizált defenzív szemléletet nevezik meg a beavatkozások csökkentésének legfőbb gátjaként. Egy szülészorvos (2023) szerint például „Magyarországon ma is problémának tartják az orvosok, hogy a szövődmény és a műhiba nem válik el élesen egymástól, ezért kockázatvállalásnak tekintik a szülőszobai munkát. A szolgálati jogviszony bevezetése után [tehát külön díjazás, hálapénz nélkül] mi vegye rá egy orvost arra, hogy vállalja a rizikót?”. Hasonlóképpen vélekedett több szülésznő is: „azért van, hogy jogilag körbepátyázzák magukat az orvosok, mert hogyha bármilyen probléma adódik az újszülöttel, akkor feljelentés. Vagy mondjuk hatéves korában nem tudja az »a« betűt rendesen leírni, akkor kikéri a kórlapot. Ezt tudom napi szinten, mert kéri ki a kórlapokat. És akkor indítják a pereket. Már nem azon gondolkodnak, hogy mi baja lehet a kismamának, hanem neki [az orvosnak] mi baja lehet belőle” (szülésznő, 2022).

Mivel az orvosválasztás magasabb beavatkozási aránnyal járt együtt (Baji et al. 2017), sokan a preventív beavatkozások csökkenését várták a 2021-es intézkedéstől. Ezt a császármetszési ráta növekedése nem igazolja, ám Pleván Tímea⁶² adatai 2015 és 2023 között 16 433 anya válasza alapján a beöntés, a borotválás, a rutin vénabiztosítás, a burokrepesztés, a méhszájtágítás, a vajúadás közbeni oxitocinadagolás, a gátmetszés és a Kristeller-műfogás tekintetében változó mértékű, enyhe csökkenéséről tanúskodnak.⁶³

A szülészeti ellátás nemi változásai, a szülésznők szerepének elvi növekedése

A szüléskultúrák nemi jellemzőit megfigyelve azt találjuk, hogy a téma kritikai irodalmát⁶⁴ többségében nők jegyzik, noha a szülésszel humanizálásának kezdeteit általában néhány férfi szülészorvosra vezetik vissza.⁶⁵ Bár hazánkban a modern szülésszel hagyományosan férfiszakma, miként a döntéshozó testületekben⁶⁶ is csak férfiak ülnek, a fiatal szülészorvosok között mára megfordult a nemi arány. Ez utóbbi valószínűleg lehetővé teszi majd, hogy nagyobb hangsúlyt kapjon a női látásmód a szülésszelben, s e területen is megtörhessen a hegemon maszkulinitás (Connell 1995) dominanciája. Ugyanakkor kutatásaink során orvosoktól, szülésznőktől és anyáktól is hallottuk, hogy a női szülészorvos olykor keményebb hangot üt meg, mint férfi kollégája, mert szakmai szocializációja során „férfias viselkedést” várnak el tőle egy „férfiszakmában”. A 2. táblázatból a nemi megoszláson túl a szülészorvosok korfája is kirajzolódik, ami részben a 60 év felettiek túlsúlyát mutatja, részben pedig a középgeneráció fogyását (hiszen elsősorban ők tudnak magánpraxisra váltani vagy külföldi munkát vállalni).

62 Pleván Tímea projektjéről az adatgyűjtés anomáliáinak nagy témájába ágyazottan később írok.

63 https://ablakavilagra.com/cikk/382_Igy-valtozott-a-szuleszeti-ellatas-az-elmult-10-evben-Van-okunk-remenykedni

64 Orvosi, pszichológiai, társadalomtudományi, egyéb egészségügyi (pl. a hazánkban nem létező *midwifery studies*). Az MPPPT-ban szintén túlreprezentáltak a nők.

65 Például Ferdinand Lamaze, Grantly Dick-Read, Frédéric Leboyer, Michel Odent szülészorvosokra.

66 Például Egészségügyi Szakmai Kollégium Szülésszel és Nőgyógyászat, Asszisztált Reprodukció Tagozat; Magyar Nőorvos Társaság; Magyar Perinatológiai Társaság vezetése.

2. táblázat. Magyarországi szülész-nőgyógyász szakorvosok életkori megoszlása

	A szülész-nőgyógyász szakorvosok életkori megoszlása											
	–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70+	Össze- sen	Az összes %-a
2014												
férfi	1	30	75	102	110	163	219	226	177	198	1301	87,7
nő	1	12	42	22	10	17	22	28	18	9	181	12,21
2018												
férfi	-	36	46	85	102	120	160	214	189	237	1189	83,4
nő	3	41	38	40	23	7	24	21	20	19	236	16,5
2022												
férfi	-	48	56	54	92	107	111	151	194	246	1059	76,8
nő	2	72	73	36	40	14	11	21	22	25	316	22,9

Forrás 2014-re és 2018-ra vonatkozóan: KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2014, 2018.
2022-re vonatkozóan: OSAP 1589 (2024).

A kritikák szerint a női tapasztalati tudás és látásmód erősítésének eszköze lehetne a szülésznői kompetenciák rendezése, hiszen ezzel az alacsony rizikófaktorú élettani szülések kikerülnének az orvosi irányítás alól, így maga a folyamat is kevésbé medikalizálódna, s nagyobb hangsúlyt kaphatna a szülés szociális és mentális jellege. A jelenleg is hatályban lévő *„Európai Parlament és a Tanács 2005/36/EK irányelve szerint a szülésznők képzésük során alkalmassá válnak »spontán szülés levezetésére, beleértve szükség szerint a gátmetszést igénylő eseteket, sürgős esetben pedig a farfekvéses szüléseket«*” (Vincze–Lipienné 2016:417), továbbá a szülésznők kompetenciájába tartozik a teljes reprodukciós időszak kísérése a családtervezéstől az önálló szüléskísérése át a gyermekágyas időszak végéig (Nyitrai 2021:4). 2014 óta rendelet szabályozza, hogy milyen feltételekkel végezhet szülésznő önálló várandósgondozást.⁶⁷

Ugyanakkor képzettségük ellenére a szülésznők a mai napig csak néhány intézményben kapnak lehetőséget az önálló munkavégzésre, s akkor is kevésbé élnek vele, mivel szakmai szocializációjuk során általában nincs gyakorlási, tapasztalatszerzési lehetőségük. 2022-ben egy szülésznő egy kutatási interjúban arról számolt be, hogy egy budapesti kórházban (ahol dolgozott) a felkínált lehetőséggel mindössze két szülésznő élt. A többiek úgy érezték, a szülészeten érvényesülő patriarchális hierarchiában szocializálódva nagy kockázatot vállalnának, ha hirtelen a végzettségüknek megfelelő feladatokat látnának el, amely érthetően nagyobb felelősséggel jár, miközben többségük nagy presztízavesztésként éli meg, hogy tanult tudása a kórházi gyakorlatban nem kamatoztatható. Ehhez természetesen hozzájárult a hálapénz rendszere is, amely „érthetővé” teszi, hogy az orvosok sokáig nem kívánták átadni a szülés feletti kontrollt a szülésznőknek. A 2021-es változásokat követő megnövekedett bérszakadék mellett még több teher nehezedik a beosztott szülésznőkre, hiszen már nem segítenek be a saját kismamához „beugró” orvosok és szülésznők, továbbá az interjúkban arról számoltak be, hogy már olyan feladatokat is nekik kell ellátni, amit korábban a – választott – orvosok végeztek (akkor is, ha ezek eredetileg szülésznői feladatok lennének). Ma azonban már nem érdekelt az orvos a munkában, hiszen a bérezés – a hálapénz kiesése miatt – nem teljesítményalapú: *„Mostantól, hogy nincs érdekelttség abban, hogy hajnali kettőkor valaki kikeljen az ágyából, és bemenjen szüléshez, már szívesen átadódik ez a feladat, és hajnali kettőkor mint ügyeletes sem bújok ki az ágyamból, hanem a szülésznők lássák ezt el”* (szülésznő, 2022).

67 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet (<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1400026.emm>)

Az I. progresszivitási szintű szülészeti osztályok bevezetésével a kormány a szülésznők nagyobb önállóságával számol, ugyanakkor egy politikus dicséretnek szánt mondata a szülésznők felé jelzi a rendszer hierarchizáltságáról való berögzült gondolkodásmódját: „az orvosok a szülésznők nélkül félkarú óriások lennének.”⁶⁸ Azaz, ebben a megközelítésben továbbra sem önálló, kompetens szakemberként jelenik meg a szülésznő, hanem az „orvosóriás” segítőjeként. Mégis az önállóság felé vezető utat jelentheti az, hogy szülésznő mesterképzést terveznek indítani két hazai egyetemen, ami megnyithatja az utat a tudományos tevékenységek felé is.⁶⁹ Kérdés, hogy milyen szemléletet képviselnek majd a mesterszakok, mert a jelenlegi magyar szülésznők képzésében a szülésznőket – a képzési struktúrából adódóan – elsősorban nem szülésznők, hanem szülész orvosok tanítják, s a gyakorlati képzés során többségében a berögzült, szokásalapú eljárásrendet tanulják meg.

Az intézeten kívüli bábáság

A szülésznők speciális csoportját képezik azok a bábák, akik a 2011-es rendelet feltételrendszerének megfelelően kiváltották az intézeten kívüli szüléskísérésre jogosító engedélyt, s otthonszülésben segédkeznek. A rendelet szabályozza, hogy az egészségügyi szolgáltatónak, illetve az otthonszülést választó várandósoknak milyen feltételeknek kell megfelelni. A jelenleg Magyarországon működő bábák (körülbelül 25–30 fő, többségük praxisközösségekben vagy ernyőszervezetben működik)⁷⁰ Budapest és környéke fókusszal elvben az egész országot lefedik, de a bábák tapasztalata szerint ma már jóval nagyobb az igény az otthonszülésre, mint amit el tudnak vállalni. Az otthonszülések számáról nem létezik nyilvános adat, s különböző adatkérésekből különböző számok derülnek ki.⁷¹

Az általunk eddig megkérdezett négy, több mint húsz éve⁷² az otthonszülésben dolgozó bába úgy tapasztalta, hogy a szülész orvosok és szülésznők csak akkor fogadják el őket szakmai partnerként, ha már van régről kapcsolatuk, vagy ha olyan vezető kerül az osztály élére, aki nyitott az együttműködésre, de az egészségügyi dolgozók is arról számoltak be, hogy nem minden bábával tudnak együttműködni. A kognitív konfliktusokat csökkentheti, hogy az egyik bába egy budapesti egyetemen részt vesz a szülésznők felsőfokú képzésében, így a nyitottabb hallgatókban ki sem alakul az az ellenérzés, ami hagyományosan jelen van a kórházi dolgozóknál, később pedig nem értelmezik automatikusan vészhelyzetként, ha otthonszülésből beszállításra kerül egy vajúdó. A kórházi szülésznők egy része szerint az otthonszülés előnyei nem ellensúlyozzák annak lehetséges veszélyeit,⁷³ de több olyan kórházi szülésznővel is készítettünk interjút, aki egészséges anya és magzat esetében az otthonszülés elveiben látja a születés ideális módját. Mind a kórházi szülésznők, mind az intézeten kívül dolgozó bábák súlyos problémának tartják a hatékonyan működő, független érdekképviselőt és saját aktivitásuk hiányát, amit a szabad kapacitás és a pénzügyi háttér hiányával magyaráznak, illetve szakmai fejlődésük és közös identitásuk kialakulása gátjának tartják, hogy nincs szakmai folyóiratuk.

68 https://okfo.gov.hu/sites/okfo_portal/Hirek/csaladbarat-szuleszetek-is-segitik-a-vagyott-gyerekek-megszuleset

69 <https://semmelweis.hu/hirek/2023/12/21/egyre-nagyobb-szerepuk-lehet-a-szulesznoknak-a-jovoben/>

70 <https://mamami.hu/szules-es-szules/otthonszules/babak-bemutakozas/>, <https://www.szulesbabaval.hu/tovabbi-babapraxisok/>

71 2022-re vonatkozóan az OKFŐ-től közérdekű adatigénylésre azt a választ kaptam, hogy 450 otthonszülés történt, de Kapitány Balázs tanulmányában (2024) a KSH népmozgalmi adatainak szűrése 2022-re 598 előre tervezett otthonszülésre utal (de ez következtetett adat).

72 Tehát mindannyian bábaként tevékenykedtek már a rendelet megszületése előtt is.

73 Az otthonszülés biztonságával kapcsolatban több (külföldi) metaelemzés ismert, amelyek az alacsony kockázatú várandósok esetében nem találtak szignifikáns különbséget a kórházi és a tervezett, szaksegítséggel zajló otthonszülések perinatális mortalitási és morbiditási adatai között (lásd pl. Reitsma et al 2021). A metaelemzés a magzati és újszülöttkori mortalitással kapcsolatban sem utalt szignifikáns különbségre.

NŐKÖZPONTÚ SZÜLÉSZETI MOZGALMAK MAGYARORSZÁGON

Losonczi 2009-ben úgy találta, hogy „a legátütőbb, leghatékonyabb változtató és mozgósító erőt a női mozgalmak jelentették szemléletben, érzelmekben, cselekvésben” (229). Azok a mozgalmak, amelyekről akkor írt, vagy nem léteznek már (Aktív Szülés Mozgalom) vagy más formában élnek tovább (Születés Hete) vagy intézményesültek (otthonszülés mozgalom), de alulról szerveződő, szélesebb közönséget nem csak egy-egy akció erejéig elérő, az alternativitást már nem csak a központi normától eltérő szemléletben, hanem a választás széles körére értő megközelítéssel jellemezhető mozgalmak még kevésbé léteztek. Utóbbiak közül a két legismertebb a Másállapotot a Szülészetben! mozgalom (a továbbiakban Másállapotot) és az EMMA Egyesület, amelyek kifejezetten a szülés humanizálásának céljával formálódtak.

Másállapotot és EMMA

A Másállapotot a Szülészetben! mozgalom deklarált küldetése, hogy „együttes változást idézzon elő az egyén, az ellátórendszer és a társadalom szintjén, hogy a nőközpontú ellátás megvalósuljon”,⁷⁴ vagyis a makroszintű változásokat mikroszintű információközvetítéssel, valamint mezoszintű érdekképviseléssel és szemléletformálással kívánja elérni. Az EMMA Egyesület kiemelt célja, hogy „javuljon az anyák társadalmi helyzete”,⁷⁵ amit önkéntes segélyakciókkal, programszervezéssel, közösségalkotással, publikálással, ismeretközvetítéssel kíván elérni, illetve 2015 óta ingyenes telefonos és online információs és lelki segély-vonalat működtet képzett önkéntesekkel, hogy a hozzájuk fordulóknak anonim módon nyújtsanak segítséget a gyermekvállaláshoz, gyermekszüléshez kapcsolódó nehézségekben, traumákban. Évente több, mint 600 megkeresést kapnak, noha a lehetőség még messze nem közismert. Hasonló kezdeményezés a hivatalos ellátásban nem létezik.

A Másállapotot mozgalom 2015-ben egyetlen eseményre szerveződött meg a szülészeti ellátórendszerrel szemben kritikus anyák részvételével, ám a szemléletalkító vágy továbbélésével néhány résztvevő további utakat keresett az érintettek elérésére és bevonására. A mozgalom létrejöttét a 2011-es spanyol *La Revolución de las rosas* megmozdulás inspirálta, amit a Nők elleni erőszak felszámolásának világnapján (november 25)⁷⁶ rendeztek a szülészeti erőszak témájának kihangsúlyozására. Ennek mintájára 2016-ban a magyar mozgalom tagjai is demonstrációt szerveztek, amelyben a szülészeti ellátás javítását követelték.⁷⁷ Ebben (is) kiemelt tematika volt a szülészeti erőszak problematizálása, illetve az érintettek (szülők, ellátók, döntéshozók, társadalom) közös érdekének és felelősségének hangsúlyozása.

2018-ban a Másállapotot küldöttsége az egyik kampányban gyűjtött fényképes anyai üzenetekkel kereste fel a hivatalban lévő (férfi) egészségügyi minisztert (amely találkozón jelen volt az oktatásért felelős államtitkár is, aki szülész-nőgyógyászként dolgozott, s tagja volt a szülészeti szakmai kollégium tanácsának), hogy felhívják a figyelmet az anyák által elfogadhatatlannak minősített bánásmódra, illetve a visszajelzőrendszer hiányára, amelynek megszervezése lehetőséget adna valamennyi tapasztalat megismerésére, s azok figye-

⁷⁴ <https://masallapotot.hu/>

⁷⁵ <https://emmaegyesulet.hu/kuldetesunk/>

⁷⁶ A világnapot az ENSZ Közgyűlése jelölte ki 1993-ban.

⁷⁷ „Arra kívánjuk felhívni a figyelmet, hogy a magyar szülészeti ellátás ebben a formában senkinek sem jó. Sokszor káros a nőkre és gyermekeikre, a családokra, ezáltal az egész társadalomra. A szakemberekre nézve méltánytalan, én nem engedem, hogy tudásuk legjavát nyújtsák a családok számára. Azért gyűlünk össze, hogy elmondjuk: a szülés, születés mindannyiunk ügye, és kifejezzük az egymást iránti tiszteletünket és megbecsülésünket” (<https://masallapotot.hu/2016/03/20/masallapotot-a-szuleszetben/>)

lembevételére. A miniszter reakciója szerint minden ilyen esemény sajnálatos és az anya kérésére kivizsgálódó, de ezeket a jelenségeket nem tartotta rendszerszintű problémának. A találkozón a Másállapotot képviselői átadták az akkor frissen megjelent *International Childbirth Initiative*⁷⁸ (ICI) magyar fordítását, és felhívták a figyelmet a WHO és a FIGO⁷⁹ ajánlásaira, ám a politikusok ezeket nem tartották sem iránymutatónak, sem relevánsnak (noha ekkor már kormányzati döntés született a családbarát szülésházak kiépítéséről⁸⁰).

A szülészmozgalmak történetében gyakori tapasztalat, hogy a hivatalos szinteken nem adnak hitelt az általuk közvetített mondanivalónak,⁸¹ ám mára a jog⁸² lehetővé teszi az érintettek szervezeteinek bevonását a döntéshozatali folyamatba. Ez a kognitív disszonancia például azt eredményezte, hogy a 2025-ös családbarát szülészeti irányelvet jegyző szakellátók⁸³ feltüntették a mozgalmat (mint egyetlen „betegszervezet”) az irányelvfejlesztés szereplőjeként, ám az előzetes ígéretek ellenére egyszer sem küldték meg számukra véleményezésre a formálódó irányelvet, így a valóságban nem vehettek részt a folyamatban. Tehát az anyák tapasztalatait képviselő mozgalmakat továbbra sem tekintik partnernek, ám nyilvánosan deklarálják az együttműködésüket.

Noha a női szülészmozgalmak alapvetően a nők várandósággal, szüléssel és anyasággal kapcsolatos életszakaszának támogatását, jogainak tudatosítását szervezik, „a nők hangjának” kihangosításakor egyre nagyobb figyelmet szentelnek a nők differenciáltságának. Ennek fényében nemcsak a gyermekvállalásban, hanem a nem vállalásban is támogatják a nőket, s nagy gondot fordítanak arra, hogy marginalizált helyzetű nőket is elérjenek. Az egyik legátfogóbb projekt az EMMA Egyesület és a miskolci Regina Alapítvány szervezésében indult 2019-ben, amelynek keretében roma nők körében tartottak 40 órás dúlaképzést. Akkor hat, 2022-ben újabb két dúlát képeztek, akik közül hét azóta is aktívan kíséri születeket.⁸⁴ A dúlák munkadíját az EMMA Egyesület pályázati pénzből fizeti, míg a dúlák szolgáltatásának igénybevétele az anyák számára ingyenes. Ez a program a marginalizált helyzetű nők kiszolgáltatottságának csökkentését, az információátadás, illetve szakemberhez irányítás és eljuttatás hatékonyságának növelését célozta, lévén a közösségből származó, nem hivatalos státuszú segítőnek a roma nők gyakran könnyebben megnyílnak, mint az egészségügyi státuszból érkezőnek.⁸⁵ Ezzel a hivatalos ellátórendszer egyik nehezen megoldható problémájára, az információhoz és ellátáshoz való egyenlőtlen hozzáférés nehézségére szándékoztak működőképes alternatívát felmutatni.⁸⁶

78 Nemzetközi Szülészeti Kezdeményezés (<https://masallapotot.hu/wp-content/uploads/2020/01/ICI-full-hun.pdf>).

79 *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (<https://www.figo.org/resources/figo-statements/childbirth-bill-rights>)

80 <https://njt.hu/jogszabaly/2018-1098-30-22>

81 Miként a Másállapotot blogbejegyzésében írja: „A miniszter úgy látta, hogy »mindenben egyetértünk« - mi sajnos úgy láttuk, hogy az általunk bemutatott problémák létéről, annak méretéről, súlyáról sincs köztünk egyetértés, így ezek lehetséges megoldásairól beszélni sem tudtunk.” (<https://www.facebook.com/egydu/a/posts/elkeser%C3%ADt%C5%91-mell%C3%A-gbesz%C3%A9l%C3%A9s-de-a-l%C3%A1nyok-el%C5%91tt-le-a-kalappal/304286680176584/>)

82 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300018.emm>

83 <https://emmaegyesulet.hu/wp-content/uploads/2025/05/mindennőszámít.pdf> www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2025/3.pdf?fbclid=IwY2xjawJ8RShleHRuA2FlbQlxMAABHjFntecJ1QoXx8oR2XtZol5iLGJ1nBN5elovWxgikl7Xl0Fg-hCvr44_y1ny_aem_CwRPkD1Z8IzJln5oDLoqoq

84 Jelenleg a Somnakuno Drom Roma Női Civil Egyesülettel közösen Nagykállón adaptálják az alsózsolcai közösségi kísérői programot (Kupcsok 2025).

85 A faluban kutatást végző hallgatóm is a roma dúlák bizalmi státuszában látta az információközvetítés és a szülésélmény-feldolgozás lehetőségének kulcsát (Fehér 2023).

86 A dúlai támogatásban rejlő lehetőségeket már több helyen kiaknázzák. Az Egyesült Államokban például a szövetségi kormány és az államok közösen finanszírozzák a *Medicaid* program keretében a dúlai támogatást a hátrányos helyzetű családok

Hasonlóképpen önkéntesekkel igyekeztek támogatást adni azoknak a várandós vagy egyéb nőgyógyászati ellátást igénylő – sok esetben szintén roma – nőknek, akik menekültként érkeztek hazánkba (Kupcsok–Lamina–Molnár 2025). A menekült nők létélményét egy kiállítás keretében is megfogalmazták,⁸⁷ hogy létrehozzanak egy olyan teret, ahol a nők eltérő és közös tapasztalatai találkozhatnak.

Dúlamozgalom

A dúlák differenciálódása is megtörtént az elmúlt két évtizedben. Az egészségügyi végzettséggel nem (feltétlenül) rendelkező dúla, aki elsősorban testi-lelki-kommunikációs-szociális támogatást nyújt az anyának és az apának a teljes perinatális időszakban (attól függően, hogy mire kéri fel meghatározott anyagi ellenszolgáltatásért), az alternatív szülésmozgalmak minden irányzatában jelen van, s a ma működő bábák is szinte kivétel nélkül mind dúlatevékenységük hatására végezték el a szülésznő szakot. A nemzetközi dúlaszervezetek példáit követve, illetve azokat a magyar viszonyokhoz adaptálva ma öt – igen különböző méretű és hatású – dúlákör létezik, ami öt képzőhelyet jelent (részletesen lásd: Kisdi 2023). Szemléleti különbözőségeik megtartása mellett folyamatos a törekvés egy ernyőszervezet és érdekképviselő létrehozására, de mivel a legtöbben főállásuk mellett dúlaskodnak, nincs a munkára elegendő humánerőforrás. Tevékenységük legitimációs alapját a perinatális időszak folyamatos társas támogatottságának pozitív hatásairól szóló kutatások jelentik (erről bővebben lásd: Kisdi 2023, Nyitrai 2021), szimbolikusan azonban a szülés női autonómiáját jelenítik meg. A hivatalos ellátórendszerrel való viszonyuk rendkívül differenciált a dúlák és az egészségügyi szakemberek személyisége, képzettsége, előzetes tapasztalata, személyes kapcsolatrendszere és szakmai önképe függvényében. Jelen pillanatban az egészségügy nem mutat hajlandóságot az együttműködés kereteinek lefektetésére, noha korábban már elindultak az egyeztetések. Ebben a folyamatban a dúlák és az egészségügyi szereplők egy része egymást teszi felelőssé, noha számos pozitív együttműködésről is beszámoltak dúla és szülésznő interjúalanyaink.

AZ INFORMÁCIÓ SZABADSÁGA

Losonczi a rendszerváltozással együtt járó társadalmi átalakulás egyik kiemelkedő lehetőségének tartotta a központosított információs csatornák egyeduralmának csökkenését, a társadalmi nyilvánosság kiépülését, az ismeretközvetítés és a tudástranszfer új lehetőségeit, amelyben már akkor (2009) nagy szerepet kapott az internet. A hivatalos és az alternatív szülészeti ellátással kapcsolatos tapasztalatok és ismeretek közvetítését az általa is említett civil szervezetek kezdték el (pl. MÉRCE Egyesület), ami – az orvosok erős érdekérvényesítő képességének fennmaradása miatt – egy ombudsmani döntésben kulminálódott, amely leállította a kórházakra vonatkozó, anyai tapasztalatokon nyugvó internetes anyai információcserét (Losonczi 2009:231). *„Úgy látszik, sajátos demokratikus jogot sért, ha az asszonyok »kibeszélik« a fórumokon vagy a blogjaikban az orvosok módszereit, anyagi igényeit, ha véleményüket nyilvánosan közlik és figyelmeztetik a többieket”* (Losonczi 2009:231).

számára, mert a szegény, gyakran az etnikai csoportok valamelyikéhez tartozó nők körében jelentősen magasabb a koraszülés aránya, és rosszabbak a szülészeti mutatók. Egy nagymintás összehasonlító vizsgálat (Kozhimannil et al. 2016) arról számolt be, hogy a Medicaid program keretében dúlai szolgáltatásban részesülő nők esetében jelentősen csökkent a koraszülés és a császármetszés esélye, ami egy matematikai modell alkalmazásával 73,3 százalékos költségmegtakarítást és 25,3 százalékos költséghatékonyságot jelentett a dúla nélküli szülésekhez képest a vizsgált mintában.

87 <https://emmaegyesulet.hu/events/serulekenyseges-gondoskodas-a-menekult-nok-mindennapjairol/>

A tudástranszfer új útjai

Az ismeretek, az új szempontok célzott és egyúttal a többirányú kommunikációra lehetőséget adó csejéjét szolgálja a kezdetektől a Születés Hete programsorozat, amelyet már Losonczi is említett 2009-ben. A projekt 2003-ban indult az otthonaszülés köreiből, ami idővel országos programsorozattá vált. A programok összefogása eleinte egy kézben összpontosult (szimbolikusan az anyák napja köré szervezve az eseményeket), de idővel annyira kiterjedt, hogy ma már nincs központi honlapja sem, hanem bárki (bármikor) szervezheti, ha fel tud vonultatni a fogantatással, várandósággal, szüléssel-születéssel, szoptatással, gyermekneveléssel és-ápolással kapcsolatos előadókat, foglalkozásokat egy-egy konkrét helyszínen. Ezen programok hangsúlya mára a szemléletváltó attitűd helyett gyakran a szülészpiac szereplőinek felvonultatására helyeződött át, ami az alternatív (posztmodern) szüléskultúra adta új piacot szolgálja ki. Szükségszerűen továbbra is ellát szemléletformáló és információközvetítő funkciót, de a fókusz már nem a tudományos ismeretek közvetítésén van.

Komplex szülésfelkészítő programok régóta ingyenesen elérhetőek a kórházi gyakorlatban, ám ezek minősége rendkívül változó, a szemléletmódok széles palettáján mozognak, attól függően, hogy annak szervezője miként gondolkodik a szülésről-születésről és milyen lehetőségei vannak az adott intézményben. A Covid19-járvány óta ezeknek egy része azóta is az online térben zajlik – amelyre a fogyasztói igény is egyre erőteljesebb. Részben ennek, részben a bevett gyakorlat továbbélésének megfelelően ezek a tanfolyamok többnyire egyirányú kommunikációt jelentenek, vagyis a leendő szülők előadásokat hallgatnak meg szakemberektől.

Az állami intézményektől független szülésfelkészítők⁸⁸ egyik legfontosabb újítása az volt, hogy a kommunikáció sok esetben – de nem kizárólagosan – többirányúvá vált, amennyiben a leendő szülők aktív részvételén alapuló, a személyes félelmeikre, kérdéseikre, élethelyzetükre, tapasztalataikra, mentális állapotukra reflektáló információcsere a cél – ellenszolgáltatás fejében, az esetek többségében női körben.⁸⁹ A dülai szülésfelkészítésben részt vevő nők 2023-as vizsgálatunkban arról számoltak be, hogy a felkészítés a gyakorlati ismereteken túl a leghangsúlyosabban mentális támogatást jelentett számukra, ami a szülés női tudásába vetett hitükben erősítette meg őket. Mind az anyák, mind az apák⁹⁰ úgy tapasztalták, hogy a dülai felkészítés a tudatosságukban, önbecsülésükben, saját szülői kompetenciáikban erősítette meg őket, tehát a felkészítés fókusza a szülőségre irányult, amelynek része maga a szülés is.

A kórházi szülésfelkészítésben részesült nőkkel készült interjúkban kisebb hangsúllyal szerepelt a felkészítés, amely elsősorban gyakorlati kérdésekre irányult, és kevésbé éltek a kismamák a lehetőséggel, amihez hozzájárulhat a szolgáltatás ingyenessége is. A Covid19-járvány a független szülésfelkészítéseket is az online

88 Ezeket a felkészítőket néhány szülész orvos(nő), szülésznők, bábák, dülák, perinatális szaktanácsadók, pszichológusok szervezik és tartják, olykor olyanok személyében, akik ezen végzettségek közül többel is rendelkeznek. A független szülésfelkészítésben közös a holisztikus szemléletmód, illetve a személyre szabott figyelem. A magánkórházak szülésfelkészítőiben a fogyasztói igényeknek megfelelni kívánó alternatív gyakorlatok mögött nem feltétlenül húzódik meg komplex alternatív szemlélet, ami a rendkívül magas császármetszési arányban is tükröződik.

89 A független szülésfelkészítők általában női szakemberek végzik, de gyakran a leendő apák számára is kínálnak olyan foglalkozást, ami kifejezetten férfiaknak szól, így ezen körök vezetői is gyakran férfiak. A felkészítés többi programjára általában az apákat is várják, de részvételük nem rendszeres és nem jellemezhető általánosságban.

90 A *dülai támogatás apai reprezentációi* című cikkem jelenleg megjelenés alatt áll egy, az apák szülés körüli szerepeit vizsgáló tanulmánykötetben (Apák a szülés körül. Tanulmányok) Héjja-Nagy Katalin és Székely Zsófia szerkesztésében a L'Harmattan Kiadónál.

térbe terelte, amelyek egy része ma is ott zajlik. Ez éppen a személyre szabottságát korlátozza, amit többen úgy próbálnak áthidalni, hogy felkészítő anyagokat juttatnak el a résztvevőkhöz, s az online találkozókra már csak a felmerülő kérdésekből indulnak ki, ami azonban feltételezi a résztvevők aktív szándékát a felkészülésre. Sokan (szülésznők, bábák, dülák, perinatális szaktanácsadók) nehezményezik, hogy az interneten olyan laikus szülésfelkészítéseket is kínálnak, amelyek kizárólag saját szülésélményből táplálkoznak. Ugyanakkor van, aki a szociális és lelki felkészítéshez ezt is elegendőnek tartja, mert a családok fragmentálódása, illetve a családon belüli információcsere hiánya miatt kialakuló, szüléssel kapcsolatos szociális szorongás csökkentését tartja a legfontosabbnak. Ez a szüléssel kapcsolatos női tudás tartalmáról szóló differenciáltságra hívja fel a figyelmet.

Az otthoni szülésben dolgozó szakemberek ma is részt vesznek az információáramoltatásban, de jóval összetettebb módon, mint Losonczi megfigyelései idején. Egyrészt maguk is differenciálódtak, másrészt az otthoni szülés „legalizálása” a bábák tudását – elvben – legitimé tette. A bábái modell elvei 2019-től bekerültek az országos szülészeti ajánlásokba, ám messze nem bírnak a szülészeti szakmában széleskörű ismertséggel és elfogadással. A bábák szülésfelkészítői korlátozott számú érdeklődő számára nyújtanak ismeretforrást, ám online tartalmaik szabadon elérhetőek. Többen publikálnak és tevékenyen részt vállalnak az idegen nyelvű alternatív szülészeti irodalom fordításában, lektorálásában.

A bábáknál jóval nagyobb lendülettel vannak jelen az alternatív szülésmozgalom kampányaiban és mozgulásaiban a dülák, akik valamennyi olyan tudományos és laikus szervezetben képviseltetik magukat, amelyek a medikalizált szüléskultúra megreformálásán dolgoznak. Honlapjaik, szülésfelkészítőik, edukációs programjaik, szerepléseik sok emberhez eljutnak, ám ismertségük mégis kisebb, mint a bábáké, ugyanakkor megítélésük az egészségügy felől ellentmondásosnak tűnő helyzetük miatt kifejezetten megosztó. Az ellentmondás vagy annak látszata abból fakad, hogy a modern szüléskultúrában egészségügyi eseménynek és lehetséges vészhelyzetnek tekintett szülés körül nem egészségügyi segítőként vesznek részt – gyakran az egészségügy tereiben –, miközben maguk a szülést alapvetően szociális eseménynek és élettani folyamatnak tartják.

Az információ sűrűjében

Az információáramlás sűrűségét megsokszorozta az internet, ami a tapasztalatok oda-visszacsatolását tette lehetővé nemcsak a szakemberek és a szülésmozgalmak, illetve a leendő szülők között, hanem az érintett csoportokon belül is, ami rendkívül megnehezíti az információszelekciót. Ez pedig olyan problémákat generál, ami a megerősítés helyett éppen az elbizonytalanodást erősítheti. Részben mert a szülésdiskurzusok hálózatainak metszéspontjai között nem tud eligazodni az, akinek nincsenek a múltból hozott kapaszkodói, részben mert a kognitív stabilizáció (Davis-Floyd 2003) révén az egyén személyes képzetrendszere hajlamos a számára elérhető többség képzetrendszeréhez igazodni, részben pedig azért is, mert a személyes tudás egy olyan intézményben, ahol a laikus tapasztalati tudást felülírja a szakértői tanult tudás, viszonylagos és nehezen érvényesíthető. A tudástranszfer módja és hangvétele nagy kihívást jelent tehát a posztmodern szüléskultúra számára is, mert a túlmedikalizáció lehetséges következményeinek felvonultatása szuggesztív erővel bír. A felmerülő problémahalmaz megismerése révén a bajt jelentő kifejezések lavínája magát a kérdéses jelenséget (esetünkben a perinatális eseményeket) éppen úgy a veszélyesség képzetével társíthatja, mint maga a medikalizáció, továbbá traumatikus szülésükért az anyák az információk birtokában hajlamosabbak magukat okolni.

A laikus adatgyűjtés és adatmegosztás mint társadalomkritika

A modern szüléskultúrára jellemző biomedikális hegemonia éles kritikájaként értelmezhető a szülészeti ellátóhelyekre vonatkozó adatbázisok laikus létrehozása. Laikus abban az értelemben, amikor nem az állami/egészségügyi adminisztráció, hanem egyéni indítványú gyűjtések nyomán kínálnak erre vállalkozó civilek információt a szülészeti ellátásról önkéntes munka keretében. A Születéskalauzokról (Farkasné 1999, Farkasné-Velkei 2001, Velkei 2005) megemlékezett Losonczi is. Ezeket egy online adatgyűjtés követte 2016-ban a Kanga Egyesület szervezésében *Szülészetválasztó* elnevezéssel, amelyet szintén a kórházaknak kiküldött kérdőív önkéntesen nyújtott adatai alapján állítottak össze (amiben a szülészeti ellátás elveire és gyakorlatára kérdeztek rá a nemzetközi ajánlások alapján), majd a kapott eredményeket interneten nyilvánossá tették. Bár eleinte sok kórház megtagadta az adatszolgáltatást, végül a legtöbb intézmény válaszolt, miután a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság állásfoglalásában kimondta, hogy minden TB járulékfizetőnek joga van az ellátáshoz kapcsolódó adatok kikérésére. Mivel a munka nagyobb önkéntes humánerőforrást igényelt volna, a projekt nem tudott fennmaradni.

Ikerszülésének tapasztalatai után új szempontú adatgyűjtésbe kezdett 2019-ben egy édesanya, Pleván Tímea,⁹¹ ám ő nem a kórházaktól kikért adatokra támaszkodott, hanem az anyák számára szerkesztett online, önkéntesen kitölthető kérdőívet, amelyben a szülésekhez kapcsolódó tapasztalataikat méri jóval több változó mentén, mint a hivatalos, ám nem nyilvános statisztikák.⁹² A projektben mára (2025.05.15) 26.197 szülésre vonatkozó adat szerepel, amelyből 25.340 kórházi, 857 pedig otthoni szülésre vonatkozik. Az adatokat Pleván a nemzetközi ajánlásokkal összevetve sokféle szempontból elemzi, amelyeket részben közread a honlapján, részben előadások keretében bemutat. Nyilvánvaló, hogy az önbevalláson alapuló, önkéntesen kitöltött kérdőívek alapján, ismeretközvetítési céllal közreadott elemzés nem reprezentatív és módszertanilag nem szofisztikált (amely pozíciót tisztázza is, lévén nem társadalomkutató), ám több olyan változót mér, ami semmilyen egyéb felmérésből nem derül ki (pl. aranyóra,⁹³ késleltetett köldökszinór-ellátás,⁹⁴ Kristeller-műfogás,⁹⁵ szülésindítás,⁹⁶ tájékoztatáson alapuló beleegyezés⁹⁷).⁹⁸

Hasonlóképpen anyai elégedetlenség szülte a jogász végzettségű népegészségügyi szakember, Ecsedi Gabriella elhatározását, hogy a nemzetközi ajánlások alapján könyvet ír, majd tájékoztatót készít a várandós nők számára a várandósság, a szülés, a császármetszés, illetve a császármetszés utáni hüvelyi szülés jellemzőivel és lehetőségeivel kapcsolatban. Első gyermeke császármetszéssel jött a világra, de a másodikat

91 Pleván Tímea pénzügyi, majd óvopedagógiai képzése után perinatális szaktanácsadói végzettséget szerzett.

92 https://ablakavilagra.com/kategoria/14_Szuleszeti-adatbazis

93 A szülést követő első néhány életóra, amely az anya és az újszülött hormonális hangoltsága miatt nagy szerepet játszik a kötődés és számos élettani mutató alakulásában (Necypor–Holley 2017).

94 A köldökszinórban lévő vér lassan áramlik vissza az újszülöttbe, aminek kivárása élettani előnyöket jelent – erről lásd: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth..>

95 A hasfal felső részére gyakorolt nyomás, ami a magzat „kinyomását” eredményezi, ám az eljárást számos kritika érte (Youssef et al. 2018).

96 A szülést sokféle beavatkozással lehet indítani, amelyek mind egészségügyi, mind etikai, mind társadalomtudományi szempontból heves viták keresztüztében állnak (Yuill et al. 2022).

97 A tájékoztatáson alapuló beleegyezés azt jelenti, amikor a páciens olyan formában kapja a tájékoztatást, amit megért, és erről az ellátó megbizonyosodik. E jogunkat a hatályos egészségügyi törvény is garantálja. A felsorolásban szereplő kifejezések körüli szakmai viták kifejtésére nem elegendőek e tanulmány keretei.

98 A beavatkozások statisztikai elemzése a háttérinformációk ismerete nélkül szinte lehetetlen, ám a tendenciák így is kiolvashatóak az adatokból.

hüvelyi úton szeretne volna megszülni, amihez eleinte nem talált támogatást. Az időközben dúlai képesítést is szerző jogász tehát egyrészt a saját élményére, másrészt más nők élményeire hivatkozva kéri számon a pontos, korszerű és hozzáférhető tájékoztatást, s mond ki laikusként nyilvánosan elérhető kritikát az orvosi gyakorlatról. A gyermekszülés előtt álló nőket segítő Ecsedi összegezte a fontosnak tekintett ismereteket egy tízoldalas tájékoztatóban,⁹⁹ amit szakmailag a Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság akkori elnöke, az országos szülészeti szakfelügyelő (és MPPOT-tag) és az országos vezető védőnő véleményezett. A tájékoztatót a vezető védőnő a tisztifőorvos-asszony támogatásával szakmai segédanyagként küldte meg a kormánybiztosoknak, hogy juttassák el valamennyi védőnői szolgálathoz – ami a gyakorlatban kevésbé valósul meg.

Mindeközben már zajlott egy olyan tájékoztató megírása az Országos Kórházi Főigazgatóság kérésére, amit többféle szervezet jegyez,¹⁰⁰ s felépítésében, mondanivalójában hasonló elvet követ, mint Ecsedi tájékoztatója, ám hangvételük eltérő. Mindkét tájékoztató hiánypótló, mindkettő olyan progresszív szülészeti elveket ír le, amelyeknek betartása nagy előrelépés lenne, ám míg az egészségügyi dokumentumban ezek az elvek inkább olyan elképzelésekként értelmezhetők, amelyek az anyai visszajelzések alapján kevésbé valósulnak meg, addig Ecsedinél elvárásokként fogalmazódnak meg.

A hivatalos tájékoztató is elkészült 2021 őszén, és télen kikerült valamennyi kórház honlapjára, ám a 2023 nyarán végzett szülésélmény-vizsgálatunk során több anyától hallottuk, hogy a kórházban az orvosok és szülésznők nem ismerték a tájékoztatót, tehát inkább elméleti, mint gyakorlati jelentőséget tulajdoníthatunk neki. Ecsedi tájékoztatója éles kritikát kapott a szülészeti szakmai kollégium felől, igyekeztek hivatalos utakon is meggátolni a terjedését, és nem kívántak egyeztetni vele, amikor a végső változattal kapcsolatban kereste az illetékeseket a legfelsőbb szakmai fórumokon. A szakmai kollégiumot képviselő két orvos alapvetően nem a tájékoztató tartalmát kifogásolta, hanem a tényt, hogy nem szakmabéli írta, illetve a nőjogi hangvételt. Ez az eset is rávilágít a szüléskultúrák konfliktusának kognitív jellegére (Brehmer 1976), amelyek bár minden esetben az anyák és magzatjaik, újszülöttjeik jóllétének szolgálatát tűzik zászlajukra, a múltból, a társadalmi, illetve szakmai státuszából hozott minták, a képviselt értékek és az érdekkülönbségek miatt nehezen találnak közös hangot.

99 https://www.mpppot.hu/images/publikaciok/szules_csm_vbac_tajekoztato_ecsedig.pdf

100 https://www.mpppot.hu/images/publikaciok/Tajekoztato_a_szulesrol.pdf. A tájékoztatót az akkori Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) rendelkezése alapján országosan elérhetővé kell tenni mind elektronikus, mind nyomtatott formában valamennyi szülészeti osztályon.

A VÁLTOZÁSOK HATÁSA A BIZALOM ÉS A KISZOLGÁLTATOTTSÁG KÉRDÉSÉRE

Mára már magyar kutatás is rámutatott, hogy a bizalom megléte vagy hiánya mérhetően hatással van a szülés kimenetelére (Rados–Mészáros 2017). A magyar szülészetben az elmúlt két évtizedben zajló, meglehetősen sokrétű változás – a családbarát elvekre való nyitás, a nemzetközi ajánlások figyelembevétele, az otthonaszülés legalizálása, a nőjogi mozgalmak láthatósága az online térnek köszönhetően, az információhoz való hozzáférés lehetőségének növekedése, a paraszolvencia kriminalizálása, ugyanakkor a fentmaradt férfidominancia, a hagyományos gyakorlatok fenntartása a nemzetközi ajánlásokkal szemben, az orvos- és szülésznőképzés jellege, a kórház-, orvos- és szülésznőválasztás megszűnése, illetve a szülészeti visszajelzőrendszer és a transzparencia hiánya – összességében nem segítik a bizalom megerősödését. Az orvos- és szülésznőtársadalom részben a kormányzat központosító szemlélete miatt érzi autonómiájának elvesztését, részben a várandós nők tudatosságának növekedése miatt is tovább erősödik a medicina defenzív jellege. Az információdömpingben való eligazodás nehézsége egyszerre teszi áldássá és átokká a vélt vagy valós tudást. A hálapénzrendszer kivezetése együtt járt a személyes kapcsolat adta bizalom elvesztésével, noha ismert, hogy a személyválasztás egyik legfőbb oka éppen a bizalom volt (Sági–Baji 2017). Az eltérő pozíciókból és kompetenciákból adódó szempontrendszerek összehangolásának legfőbb gátja a kölcsönös bizalmatlanság.

A bizalom hiánya tartja fenn a kiszolgáltatottságot, ami továbbra is gúzsba köti a szereplőket, akárcsak Losonczi Ágnes kutatásainak idején. Az egységesítő törekvések ellenére kiszámíthatatlan, hogy a szülő nő milyen szülészeti ellátásban részesül, s a nők többsége csak a szülés irányításával tud az őt gondozó orvosnál szülni, noha utóbbira nagy az elvi igény (Kisdi–Földházi 2024). A családok nem bízhatnak olyan országos protokollban, amely egységesen megfelel a friss evidenciákon alapuló nemzetközi ajánlásoknak, s amelyet az ellátóhelyek be is tartanak, így a helyi protokollok és a szülésénél beosztotként jelenlévő orvos és szülésznő szemléletmódja határozzák meg, hogy a szülő nő milyen ellátást kap. Az orvosok és szülésznők egyrészt a szolgálati jogviszony elvi kötelmei miatt érzik kiszolgáltatottságukat, másrészt szakmai tekintélyük megkérdőjelezését érzékelik a nők növekvő tudatosságában, illetve a dúlák jelenlétében. A fiatal generáció és a női jelenlét erősödése miatt a szülészorvosok és szülésznők szemléletmódjának differenciáltsága ma jóval nagyobb, mint a 2000-es évek elején. A társtudományok, amelyek a szülés-születés módjának hosszú távú következményeit vizsgálják (pl. perinatális tudományok, pszichológia, epigenetika, vagy a hazánkban nem létező *midwifery studies*), szintén egyre több fórumon igyekeznek a szülészet újragondolásához hozzájárulni, ám ezt a szülészet felől a kompetenciák eltérő felfogásai miatt újabb bizalmatlanság övezi, s csak szűk körben létezik szakmai párbeszéd.

A legálisan választható lehetőséggé tett otthonaszülést szabályozó rendelet szintén magában rejti a kiszolgáltatottságot, lévén a rendelet nem konzisztens és nem szakszerű. A nőket, családokat a sokszempontú, konzekvens és hiteles információforrás és az ellátás egységességének hiánya teszi bizalmatlanná és kiszolgáltatottá, amit tovább fokoz, ha az ellátásban és a felkészítésben szereplő aktorok ellenségesen és nem partnereként tekintenek egymásra. Az egészségügyet kormányzó politika szintén kitett egyrészt a társadalompolitika, másrészt a szülészet szakmai vezetőit jelentő személyek érdekérvényesítő szándékainak.

Úgy tűnik, a szülés témáját körülvevő szakmai és társadalmi változások mélyen beágyazódnak abba a folyamatba, ami az elidegenedett emberi viszonyok dilemmáit és megoldási kísérleteit általánosan is jellemzi. A szülés-születés kulturális „kezelésének” kérdésköre nem értelmezhető az ember és a természet, az ember és a természetfeletti, az ember és ember viszonyrendszereinek, azok változásainak és változékonyságának figyelembevétele nélkül, ami fölhívja a figyelmet egyrészt a kirajzolódó holisztikus emberképre, másrészt a vizsgálatok holisztikus megközelítésének szükségére (Antal 2020:7–56, Kisdi 2013, 2019).

HIVATKOZÁSOK

- Antal Z. L. (2020) A holisztikus szemléletmód kialakulása és alkalmazása. In Antal Z.L.: *Egészségyszociológia holisztikus megközelítésben*. Budapest: L'Harmattan, 11–56.
- Baji P. – Rubashkin, N. – Szezik I. – Stoll, K. – Vedam, S. (2017) Informal cash payments for birth in Hungary: Are women paying to secure a known provider, respect, or quality of care? *Social Science & Medicine*, 189, 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.07.015>
- Baji P. – Sági P. (2017) Hálapénz a szülészetben – egy kvalitatív vizsgálat eredményei. *Biztosítás és Kockázat*, 4(1), 83–97. <http://dx.doi.org/1018530/BK.2017.1.82>
- Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a családközpontú alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról (2025) *Egészségügyi Közlöny*, 75(3), 294–312. Elérhető: https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/EOSZEF_letoltheto_doku/002295-2025-a-csaladkozpontu-alapelvekre-epulo-szuleszeti-es-ujszulottellatasrol&inline=true [Letöltve: 2025-04-20].
- Boros J. (2021) Császármetszések növekvő trendje a világban és Magyarországon. *Korfa*, 21(1), 1–5.
- Bradley, R.A. (1974) *Husband-Coached Childbirth*. New York: Harper and Row.
- Brehmer, B. (1976) Social Judgement Theory and the Analysis of Interpersonal Conflict. *Psychological Bulletin*, 83(6), 985–1003. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.83.6.985>
- Czenky K. (1988) Szülési, szülés előkészítő alternatívák. In Hanák K. (szerk.) *Terhesség–Szülés–Születés. I.* Budapest: MTA Szociológiai Kutatóintézet. 73–101.
- Chen, I. – Opiyo, N. – Tavender, E. – Mortazhejri, S. – Rader, T. – Petkovic, J. – Yogasingam, S. – Taljaard, M. – Agarwal, S. – Laopaiboon, M. – Wasiak, J. – Khunpradit, S. – Lumbiganon, P. – Gruen R.L. – Betran, A.P. (2018) Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD005528. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005528.pub3>
- Colvin, C.J. (2022) Making Space for Qualitative Evidence in Global Maternal and Child Health Policymaking. In Wallace, L.J. – MacDonald, M.E. – Storeng, K.T. (szerk.) *Anthropologies of Global Maternal and Reproductive Health*. Springer (E-book), 159–178. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-84514-8>
- Connell, R. (1995) *Masculinities*. Cambridge: Polity.
- Csákány M. Gy. (2007) Él-e még a Tauffer-statisztika? Ha igen, mi ez, és mi a haszna? *Magyar Orvos*, 15(9), 33–35.
- Dahlen, H.G. – Kennedy, H.P. – Anderson, C.M. – Bell, A. F. – Clark, A. – Foureur, M.J. – Ohm, J.E. – Shearman, A.M. – Taylor, J.Y. – Wright, M.L. – Downe, S. (2013) The EPIIC hypothesis – Intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Medical Hypotheses*, 280(5), 656–662. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2013.01.017>
- Davis-Floyd, R. (1993) The technocratic model of birth. In Hollins, T.S. – Persing, L. – Young, M.J. (szerk.) *Feminist Theory in the Study of Folklore*. Urbana: University of Illinois. 297–326.
- Davis-Floyd, R. (2003) *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California.
- Dute, J. (2011) European Court of Human Rights. ECHR 2011/6 Case of Ternovszky v. Hungary, 14 December 2010, no. 67545/09 (Second Section). *European Journal of Health Law*, 18(2), 221–223. <https://doi.org/10.1163/157180911x566415>
- Dweik D. (2019) Császármetszés pszichoszociális javallatra? A császármetszés pszichés vonatkozásai az anyai kérésre végzett császármetszéstől a szüléstől való félelemig. In Varga K. – Andrek A. – Molnár J. (szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Budapest: Medicina, 256–264.
- Drabancz Á. (2020) A globális népességnövekedés mozgatórugói és a várható jövőbeli folyamatok. *Európai Tükör*, 4, 8–23. <https://doi.org/10.32559/et.2020.4.2>
- Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról (2019) *Magyar Közlöny*, 20, 2193–2212.
- Farkasné Sz. J. (szerk.) (1999) *Születéskalauz*. Budapest: MÉRCE Egyesület.
- Farkasné Sz. J. – Velkei É. (szerk.) (2001) *Születéskalauz*. Budapest: MÉRCE Egyesület.
- Fehér N. (2023) Roma nők a szülészeti ellátórendszerben. A dűlász szűlések fontossága egy kisebbségi telepűlésen. Szakdolgozat. Budapest: PPKE BTK Szociológiai Intézet, Szociálpedagógia Szak.
- Garai M. (2016) Szűlészeti erőszak és kommunikációs bázisa. Előadás a Magyar Szociológiai Társaság „Az erőszak és ellenségkép-képzés diskurzív stratégiái” című vándorkonferenciáján. Elérhető: https://holdudvar.babahaz.hu/GaraiMixa_Szuleszeti_eroszak.pdf [Letöltve: 2025-06-04].

- Goer, H. (2004) Humanizing Birth: A Global Grassroots Movement. *Birth*, 31(4), 308–314.
<https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00324.x>
- Hajdu H. (2025) Erőszak a szülészobán? Anyák, akik átérték a szülészeti erőszakot. OTDK dolgozat. Budapest: PPKE BTK Szociológiai Intézet, 37. OTDK. Szociológia tagozat.
- Hanák K. (szerk.) (1988) *Terhesség – Szülés – Születés I.* Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet.
- Hanák K. (szerk.) (1991) *Terhesség – Szülés – Születés II.* Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet.
- Héjja-Nagy K. (2015) A szülésélmény vizsgálata a szülés körülményeinek fényében. In Kisdi B. (szerk.) *Létkérdések a születés körül.* Budapest: L'Harmattan, 315–338.
- Héjja-Nagy K. (2020) A szülés élménye. Befolyásoló tényezők és hatása az anya-gyermek kapcsolatra. In Polonyi T. – Abari K. – Kiss T. (szerk.) *Válságok megelőzése és kezelése.* Budapest: Oriold és Társai, 53–75.
- Horváth Zs. (2016) A korai kötődéssel kapcsolatos orvosi gyakorlat, szakpolitikai irányelvek, törvények, társadalmi kezdeményezések és ezek kölcsönhatásai Magyarországon 1990 után. Szakdolgozat. Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés. Budapest. Elérhető: https://www.mpppot.hu/images/perinat_zarodolgozat_pdf/Zsuzsanna_HORVATH_perinat_THESIS_w_evaluations_asof2016-12-30.pdf [Letöltve: 2025-06-04].
- ICI = International Childbirth Initiative (2019) Elérhető: <https://icichildbirth.org/initiative/>
- Kakemam, E. – Arab-Zozani, M. – Raeissi, P. – Albelbeisi, A.H. (2022) The occurrence, types, reasons, and mitigation strategies of defensive medicine among physicians: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 22, 800.
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08194-w>
- Kapitány B. (2024) Intézetben kívüli születések Magyarországon a poszt-COVID-időszakban. *Orvosi Hetilap*, 165(27), 1044–1052.
<https://doi.org/10.1556/650.2024.33077>
- Kisdi B. (2013) *Mint a földbe hullott mag. Otthonszülés Magyarországon – egy antropológiai vizsgálat tanulságai.* Pécs–Budapest, PTE Néprajz – Kulturális Antropológia Tanszék, MTA BTK Néprajztudományi Intézet, L'Harmattan–Könyvpont.
- Kisdi B. (2016) Rettenetes – túlélhető – csodálatos. Szülésélmény és szülési hajlandóság. In Karlovitz J. T. (szerk.) *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság.* Komárno: International Research Institute s.r.o., 321–330.
- Kisdi B. (2018) Notions of young women without children about childbirth. *European Journal of Mental Health*, 13(1), 19–37.
<https://doi.org/10.5708/EJMH.13.2018.1.3>
- Kisdi B. (2019) A modern szülészeti gyakorlat kulturális antropológiai elemzése. In Varga K. – Andrek A. – Molnár J. (szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében.* Budapest: Medicina, 74–89.
- Kisdi B. (2021) Natural Childbirth Movement in Hungary. *Medical Anthropology And Bioethics*, 2(20).
<http://doi.org/10.33876/2224-9680/2020-2-20/02en>
- Kisdi B. (2022) A szülés politikája. In Bali J. – Papp R. – Povedák I. – Szász A. – Tomory, I. (szerk.) *Antropológia – Gondolkodás – Alkotás. A. Gergely András köszöntése 70. születésnapja alkalmából.* Budapest: Magyar Kulturális Antropológiai Társaság, 317–333.
- Kisdi B. (2023) A dúla. A perinatális segítségnyújtás szociális vetülete. *Embertárs*, 21(2), 183–203.
- Kisdi B. – Földházi E. (2024) A nők szülésélményét befolyásoló tényezők. In Karlovitz J.T. (szerk.) *Applied Sectoral Policies.* Grosspetersdorf: Sozial und Wirtschafts Forschungsgruppe, 369–387.
- Kitzinger, S. (2005) *The Politics of Birth.* Edinburgh: Elsevier.
- Kozhimannil, K.B. – Hardeman, R.R. – Alarid-Escudero, F. – Vogelsang, C. – Blauer-Peterson, C. – Howell, E.A. (2016) Modeling the cost effectiveness of doula care associated with reductions in preterm birth and cesarean delivery, *Birth*, 43(1), 20–27.
<https://doi.org/10.1111/birt.12218>
- Kupcsok J. (2025) Minden nő számít. Az alsószolcai közösségi dúlaszolgálat működésének és egy új helyszínen történő adaptálásának bemutatása. EMMA Egyesület Elérhető: <https://emmaegyesulet.hu/wp-content/uploads/2025/05/minden-no-CC%8Bszaz-CC%81mi-CC%81t.pdf> [Letöltve: 2025-06-04].
- Kupcsok J. – Lamina S. – Molnár E. (2025) And Then We Reached the Border: There were a Million Women! *Journal of Science, Humanities and Arts*, 12(2). <https://doi.org/10.17160/josha.12.2.1040>
- Lamaze, F. (1956) *Painless Childbirth: The Lamaze Method.* New York: Pocket Books.
- Leboyer, F. (1975) *Birth without Violence.* New York: Alfred A. Knopf.
- Losonczy Á. (1988) *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben.* Budapest: Magvető.

- Losonczi Á. (1991) Az új élet kihordása: szülés, születés. In Hanák K. (szerk.) *Terhesség – Szülés – Születés II.* Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet, 5–39.
- Losonczi Á. (1998) *Utak és korlátok az egészségügyben.* Budapest: Magyar Tudományos Akadémia.
- Losonczi Á. (2009) *Az ember ideje.* Budapest: Holnap.
- Neczypor, J.L.– Holley, S.L. (2017) Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nursing for Women's Health*, 21(6), 462–472. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.10.011>
- Novák J. (2015) Normális szülés Magyarországon a 20. század elejétől napjainkig. In Kisdi B. (szerk.) *Létkérdések a születés körül. Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében.* Budapest: L'Harmattan – Pont, 149–184.
- Nyitrai E. (szerk.) (2021) *Dúlattanulmány*, Elérhető: <https://bekesdulakor.hu/dulattanulmany-2021/> [Letöltve: 2025-06-04].
- O'Brien, E. – Rich, M. (2022) Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), 2183–2185. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01022-4)
- O'Connor, B.B. (1993) The Home Birth Movement in the United States. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 18(2), 147–174. <https://doi.org/10.1093/jmp/18.2.147>
- Odent, M. (1984) *Birth Reborn.* New York: Pantheon Books.
- OSAP = Országos Statisztikai Alapfelvételi Program 1019 (2024) Az egészségügyi ellátás állás- és létszámkimutatása. A szülésznői munkakör állásainak száma, 2019–2023. KSH-tól kapott tábla adatkérésre.
- OSAP = Országos Statisztikai Alapfelvételi Program 1589 (2024) Kimutatás az orvosok, fogorvosok területi, szakképesítés, kor és nemek szerinti megoszlásáról 2019–2023. KSH-tól kapott tábla adatkérésre.
- Papp Z. (1999) A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 1999. február 26-i állásfoglalása a „tervezett otthonaszülés”-ről. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 62(3), 233.
- Pilling J. (2018) *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban.* Budapest: Medicina.
- Pilling J. – Sándor I. (2002) Kommunikációoktatás az orvospépzésben. *Eszterházy Károly Főiskola Tudományos Közleményei*, 29, 224–230.
- Rados M. – Mészáros J. (2017) A támogató környezet szerepe a szülési stressz kezelésében. *Orvosi Hetilap*, 158(29), 1149–1156.
- Reitsma, A. – Simioni, J. – Brunton, G. – Kaufman, K. – Hutton, E.K. (2021) Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *eClinicalMedicine*, 21. 100319. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>
- Rich, A. (1995) *Of Woman Born.* New York: W.W. Norton&Company.
- Sági P. – Baji P. (2017) Hálapénz a szülészetben – egy kvalitatív vizsgálat eredményei. *Biztosítás és Kockázat*, 4(1), 83–97. <http://dx.doi.org/1018530/BK.2017.1.82>
- Svéd T. (2021) Realitás – ahol a part szakad. Elérhető: <https://mok.hu/realitas/cikk/realitas--ahol-a-part-szakad> [Letöltve: 2025-06-04].
- Tóth G. – Kincses Á. – Kovács M. (2024) A termékenység térbelisége Magyarországon, 2021. *Területi Statisztika*, 64(1), 30–50. <https://doi.org/10.15196/ts640102>
- Tussing, A.D. – Wojtowycz, M.A. (1997) Malpractice, defensive medicine, and obstetric behavior. *Medical Care*, 35(2), 172–191. <https://doi.org/10.1097/00005650-199702000-00007>
- Varga K. (2019) A szülés-születés módjának távolra nyúló hatásai. In Varga K. – Andrek A. – Molnár J. (szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében.* Budapest: Medicina, 276–284.
- Varga K. (2020) (szerk.) *A szülési fájdalom kezelése. Nem farmakológiai módszerek.* Budapest: Medicina.
- Varga K. (2023) (szerk.) *Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban.* Budapest: VL Sugár Bt.
- Varga K. – Andrek A. – Molnár J.E. (2019) (szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében.* Budapest: Medicina.
- Velkei É. (szerk.) (2005) *Hol jó szülni?* Budapest: Sanoma–Kismama.
- Vincze F. – Lipienné Krémer I. (2016) Az intézeten kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban. *Orvosi Hetilap*, 157(11), 415–423. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30364>
- Wagner, M (2010) *Amerikából jöttem, mesterségem címe szülész-nőgyógyász. Könyv a változásért.* Budapest: Alternatal.

- WHO [= World Health Organization] (2018) Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Elérhető: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> [Letöltve: 2025-06-04].
- Youssef, A. – Salsi, G. – Cataneo, I. – Pacella, G. – Azzarone, C. – Paganotto, M.C. – Krsmanovic, J. – Montaguti, E. – Cariello, L. – Bellussi, F. – Rizzo, N. – Pilu, G. (2018) Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with increased risk of levator ani muscle avulsion. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 53(1), 95–100. <https://doi.org/10.1002/uog.19085>
- Yuill, C. – Harkness, M. – Wallace, C. – McCourt, C. – Cheyne, H. – Litosseliti, L. (2022) Inducing labour in the United Kingdom: A feminist critical discourse analysis of policy and guidance. *SSM – Qualitative Research in Health*, 2. 100108 <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100108>